

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES NEURO-PSYCHIQUES
DES TRÉPANÉS
DÉLINQUANCE ET RESPONSABILITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 1^{er} Décembre 1922

PAR

Roger-Charles CHENEVEAU

Médecin de 2^e classe de la Marine

Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Né à Chinon (Indre-et-Loire), le 5 janvier 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. VERGER, professeur	Président.
		MOUSSOUS, professeur	Juges.
		CRUCHET, professeur	
		DUPÉRIÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548608_0002

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1922-1923. — N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES NEURO-PSYCHIQUES

DES TRÉPANÉS

DÉLINQUANCE ET RESPONSABILITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 1^{er} Décembre 1922

PAR

Roger-Charles CHENEVEAU

Médecin de 2^e classe de la Marine

Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Né à Chinon (Indre-et-Loire), le 5 janvier 1897

Examinateurs de la Thèse { MM. VERGER, professeur..... } *Président*
MOUSSOUS, professeur..... }
CRUCHET, professeur..... } *Juges*
DUPÉRIÉ, agrégé..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.
Clinique chirurgicale	CASSAET.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAVANNAZ.
Clinique d'accouchements.	VILLAR.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	CRUCHET.
Anatomie générale et histologie	RIVIERE.
Physiologie	SABRAZES.
Médecine légale et déontologie	PICQUE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale	G. DUBREUIL.
Chimie	PACHON.
Botanique et matière médicale	AUCHE.
Pharmacie	VERGER.
Zoologie et parasitologie	BERGONIÉ.
Médecine expérimentale	CHIELLE.
Clinique ophtalmologique	BEILLE.
	DUPOUY.
	MANDOUL.
	FERRE.
	LAGRANGE.
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
	Clinique gynécologique
	Clinique médicale des maladies des enfants
	Chimie biologique et médicale
	Physique pharmaceutique.
	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques
	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
	Clinique des maladies des voies urinaires
	Clinique des maladies nerveuses et mentales
	Clinique d'oto-rhino-laryngologie
	Toxicologie et hygiène appliquée
	Hydrologie thérapeutique et climatologie
	DENUCE.
	BEGOUIN.
	MOUSSOUS.
	DENIGES.
	SIGALAS.
	LE DANTEC.
	W. DUBREUILH.
	POUSSON.
	ABADIE.
	MOURE.
	BARTHE.
	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie et embryologie. N.	LEURET.
Histologie	DUPERIE.
Physiologie	CREYX.
Anatomie pathologique	MICHELEAU.
Parasitologie et Sciences naturelles	PERRENS.
Physique biologique et médicale	LANDE.
Chimie biologique et médicale	RECHOU.
Médecine générale	ROCHER.
	MAURIAC.
	CHIRURGIE GÉNÉRALE
	Maladies mentales
	Médecine légale
	Obstétrique
	OPHTHALMOLOGIE
	Pharmacie
	PAPIN.
	PERY.
	FAUGERE.
	TEULIERES.
	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Cours de clinique dentaire	MM.
— complémentaire de médecine opératoire	CAVALIÉ.
— d'accouchements	VENOT.
— d'ophtalmologie	FAUGERE.
— de puériculture	CABANNES.
— de démonstrations et de préparations pharmaceutiques	ANDÉRODIAS.
— de chimie	LAEAT.
— de pathologie interne	RANGIER.
— d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes annexes de prothèse et rééducation professionnelle	CREYX.
	ROCHER.
	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en entend ni leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

gage d'affection et de reconnaissance

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE BELLOT

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE ET COLONIALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE AURÉGAN

SOUS-DIRECTEUR

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE ET COLONIALE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MM. les Dr F. BAUDOUIN, Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours

BOUSQUET, médecin des hôpitaux de Bordeaux

VILLAR, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux

CRUCHET, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Externat :

MM. les D^{rs} VENOT, Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux

DENUÉ, Professeur à la Faculté de Bordeaux

CASSAET, Professeur à la Faculté de Bordeaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGER

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE DÉONTOLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

A) BUT DE LA THÈSE

Le sujet de ce travail nous a été inspiré par Monsieur le Professeur Verger qui sut, par le charme de sa parole, par la diversité et la vie des exemples dont il illustrait ses causeries attirer vers lui les étudiants et donner à l'étude de la Médecine-Légale un intérêt puissant qui nous porta nous-mêmes vers ces problèmes à la fois médicaux, psychologiques et juridiques.

Le sujet, primitivement choisi, envisageait l'étude générale des trépanés en médecine légale; nous avons pensé à condenser en un travail d'ensemble les nombreuses publications éparses concernant cette catégorie d'expertisés devenus depuis quelques années, de plus en plus importante, et d'en dégager des conclusions concernant leur capacité de travail, leur indemnisation, et leur responsabilité, en étudiant, d'un côté les trépanés militaires et ceux du travail, et de l'autre les trépanés accidentels non susceptibles de recevoir une pension, c'est-à-dire non susceptibles d'être taxés d'exagération dans l'énoncé des troubles qu'ils ont présentés.

Le plan de ce premier travail comportait, après quelques mots d'historique, l'étude détaillée du syndrome clinique des traumatisés du crâne; en examinant successivement les troubles moteurs (hémiplegie, paraplégie, monoplegie, tremblements etc.), les troubles sensitifs (anesthésie, hyper ou hy-

pocsthésie, douleurs etc), les troubles trophiques (amyotrophie, troubles circulatoires etc), les troubles des réflexes. Puis nous passons à l'étude des organes des sens : Troubles visuels, auditifs, du goût et de l'odorat, puis des troubles labyrinthiques et cérébelleux, phénomènes épileptiques, les complications infectieuses (abcès, méningites, etc.) enfin les troubles de la fonction intellectuelle.

Cette étude a dû être abandonnée au dernier moment, bien qu'elle ait été entreprise au début de cette année le temps nous a manqué pour lui donner toute l'ampleur qu'elle méritait. Nous avons donc dû nous restreindre et, sur les conseils de Monsieur le Professeur Verger, limiter ce travail à l'examen des séquelles psychiques observées chez les trépanés, en essayant d'en tirer quelques déductions au sujet de leur responsabilité.

Ne pouvons à nous seuls mener à bien cette étude complexe, nous nous sommes adressés à nos maîtres de la Faculté de Médecine de Bordeaux, et de l'Ecole de Santé navale et coloniale, et à quelques-uns de nos amis auxquels nous exprimons ici toute notre gratitude pour l'aide qu'il nous ont fournie. Nous remercions tout particulièrement parmi eux notre Président de thèse, Monsieur le Professeur Verger, Messieurs les Professeurs Cassaët, Chavannaz, Abadie, de Bordeaux, Monsieur le Professeur Parisot de Nancy, Monsieur le professeur agrégé Perrens de Bordeaux, Monsieur le Docteur Hesnard professeur à l'Ecole de Médecine navale de Bordeaux, M. le Dr Mollin de Teyssieu, chef de clinique psychiatrique, Messieurs les Docteurs Calanne, Aubry, Hamel, médecins chefs de l'asile d'aliénés de Maréville, Messieurs les Docteurs Briand et Delmas.

Pour notre documentation, nous nous sommes servis des multiples publications parues sur ce sujet, en particulier depuis la guerre, et d'observations aussi nombreuses que possible, déjà publiées, inédites ou personnelles, et de rapports médico-légaux tous inédits. Ces observations sont au nombre

d'environ 160 et les rapports médico-légaux d'environ une dizaine. Nous ne pouvons, faute de place, le reproduire tout entier, nous nous contenterons donc de publier (in-extenso) celles qui sont les plus intéressantes et les plus typiques. Et pour donner une idée d'ensemble de notre travail, nous avons résumé en un tableau dont la lecture facile et rapide permettra en quelques instants de se rendre compte de la proportionnalité des différents troubles observés chez ces blessés, étudiés pour la plupart au centre de neuro-psychiatrie de la 18^e région, tableau qu'on trouvera à la fin de ce travail.

Nous avons adopté le plan suivant : après quelques mots rapides sur l'historique de la question, nous avons examiné le syndrome psychique des trépanés ayant auparavant défini ce qu'on entend par « Trépané » ; nous attachant spécialement à l'étude du syndrome commotionnel. Dans une deuxième partie nous nous sommes occupés de la responsabilité

B) HISTORIQUE DE LA QUESTION.

La trépanation, relativement rare autrefois, a vu, au début de ce siècle, sa fréquence s'accroître en même temps que les progrès de la science ont augmenté la vitesse des moyens de locomotion (chemins de fer bicyclettes, automobiles, aéroplanes, etc...) et surtout perfectionné tout l'appareil de guerre.

Voici à ce sujet, ce que nous dit J. Lauzière dans sa thèse : « La trépanation pratiquée d'une façon extrêmement fréquente par les chirurgiens d'autrefois, Mahé de la Touche, par exemple, qui perfora 52 fois un crâne, est devenu d'un emploi plus restreint dans les guerres modernes. Larrey, cependant partisan des interventions chirurgicales n'y eut recours qu'une dizaine de fois. Pendant les guerres de Crimée et d'Italie ne fit que quelques trépanations. De même pendant la guerre de 1870-1871. Dans les guerres récentes comme celles des Balkans, la trépanation a été plus fréquemment employée.

Depuis 1914, les blessures crâniennes et cranio-cérébrales sont devenues malheureusement trop nombreuses. Nous n'entrerons pas dans l'étude des faits qui contribuèrent à accroître leur fréquence, mais nous nous contenterons de jeter un coup d'œil rapide sur les différentes statistiques que nous avons eues en main et dont quelques-unes ont été rapportées dans la thèse de Bergé.

Sur les tués en première ligne, on trouve 690 % de crâniens d'après Gross. Sur les différents blessés soignés dans les ambulances de l'avant et dans les hôpitaux de l'arrière on trouve :

- 26 % de crâniens d'après Sollier ;
- 25 % d'après Prat ;
- 10 % d'après Métivet ;
- 5 % d'après Leriche ;
- 8,3 % d'après Gayet ;

Enfin dans 2 autres statistiques, Leriche nous donne : dans l'une 20 %, dans l'autre, 17 %.

Durant la guerre de 1914-1918, la trépanation systématique est devenue une loi de chirurgie d'urgence. C'est l'ère de la « Trépanation agressive » (de Martel) établie à la suite des expériences négatives des médecins anglais, qui durant la guerre anglo-boër, eurent, par la méthode abstentionnistes de vrais désastres ; à la suite des travaux de Coryllos sur les résultats satisfaisants de cette méthode pendant la guerre des Balkans et de ceux de Matignon concernant la guerre russo-japonaise.

Après les hésitations de 1914, la règle générale est devenue l'intervention opératoire précoce et l'exploration systématique de toutes les plaies du cuir chevelu. Nous n'insisterons pas sur cette « méthode agressive » établie en France par de nombreux travaux notamment ceux de « De Martel, Ferraton, Rouvillois, Sencert, Sicur, Reverchon, Proust, Tuffier, Potherat, Picqué, Launay, Pauchet, Chevassu, Baudet, Montprofit, Bousquet, Pozzi, Maclair, Routier, Auvray, A. Léri, Reynier, Quenu, Ombredanne, Toussaint, etc... et confirmée plus tard

par ceux des Italiens Angelo Chiasserini, Salvatore Salinari, Giuseppe Mioni, Metello Francini, Rosario Cascino, Valeriano Saviozzi, Aldo Alhaïque, Carlo Beste et Pietro Bossi et nous n'en parlerons que pour donner un aperçu de sa fréquence. Les indications, le moment, le lieu et la technique opératoire de la trépanation bien réglés à la réunion commune de la société de neurologie de Paris et de la Société nationale de Chirurgie dès le 24 mai 1916 sont actuellement à peu près fixés et unanimement approuvés. Leriche a condensé ses indications en quelques mots : au cours de l'exploration d'une plaie de la tête, trépaner si on trouve la moindre lésion osseuse, « rosée sanglante, tache bleue, dépoli osseux, éraillure, légère dépression ». Et René Le Fort s'écriait : « La trépanation doit être préventive pour ne pas arriver trop tard ». Evidemment, comme l'ont dit Guillain et Barré, l'expérience a montré qu'on a trop souvent durant la guerre ouvert systématiquement la dure mère non lésée pour évacuer des épanchements sanguins sous dure mériens, pour diminuer une hypertension supposée du liquide céphalo-rachidien hémorragique » ; mais nous n'avons pas à entrer dans ces discussions d'ordre purement chirurgical, et le fait qui s'en dégage et que nous devons retenir c'est que la trépanation est devenue aujourd'hui une chose courante.

Voici, à titre documentaire quelques chiffres pour la simple période d'août 1917 à novembre 1918 : 2960 trépanations furent pratiquées réalisant une proportion de une trépanation sur 8 opérations. Ce chiffre dépasse de beaucoup celui des laparotomies, des thoracotomies et des opérations sur les articulations pratiquées pendant la même période. Il est sensiblement égal à celui des opérations sur les os fracturés et n'est dépassé que par ceux des ligatures et des amputations.

Si, à cela on ajoute les trépanations pratiquées par l'agent vulnérant lui-même, on arrive à des chiffres surprenants : 3.700 pensions définitives et 20.500 pensions temporaires avaient été distribuées au 1^{er} avril 1920 pour des blessures du crâne (celles pour blessures de la face, de l'orbite et de l'œil n'étant pas comprises dans ces chiffres).

Depuis 1920, de nombreux blessés du crâne sont venus se présenter devant les centres de neuro-psychiatrie des régions pour demander l'application des différentes lois et décrets les concernant, promulgués depuis la cessation de la guerre. Les chiffres donnés précédemment ne sont donc plus exacts et ont été dépassés de beaucoup.

Aujourd'hui devant ce nombre imposant de blessés de la tête, la question a pris un regain d'actualité. Sans doute la trépanation envisagée au point de vue médico-chirurgical est restée une question des plus intéressantes tant en son étude qu'en ses applications futures, mais sous ce point de vue, elle est devenue à peu près classique; par contre, envisagée sous son aspect médico-légal, elle est soumise à l'heure actuelle à de nombreuses discussions. Du point de vue médical d'abord, nous n'avons trouvé aucune publication d'ensemble depuis plus de 2 ans. Les articles, fort nombreux concernent en général, un petit nombre d'observations (sauf ceux qui émanent de centres de réforme). Il nous a donc paru bon, de les rassembler.

Ensuite le trépané vu longtemps après sa blessure (quatre, cinq, six, sept et huit ans dans la majorité de nos cas, vingt-cinq dans un autre) est tout différent de ce qu'il était dans les premières années qui ont suivi l'intervention et c'est sur ce trépané relativement récent qu'avaient jusqu'à présent porté la plupart des études, le trépané ayant été pendant la guerre le malade de nombreux médecins, alors qu'il est à l'heure actuelle à peu près exclusivement le client des chefs de service des centres de neuro-psychiatrie militaires et des médecins experts. Beaucoup des phénomènes qu'ils présentaient alors ont complètement disparu; par contre, des troubles nouveaux sont venus petit à petit remplacer les anciens et c'est cet évolutif que nous avons essayé de décrire. Enfin au point de vue légal le trépané est soumis à des lois différentes dans leur esprit et dans leur texte, non absolues dans leurs décisions et dont l'interprétation variable a fait l'objet de nombreux décrets et circulaires où la conclusion la plus claire qu'on en puisse tirer est que le médecin doit avant tout juger avec son bon

sens et avec sa conscience. Nous avons donc essayé de dégager quelques règles.

Cette tâche difficile nous a été rendue plus facile grâce aux conseils éclairés qu'ont bien voulu nous donner nos maîtres. Nous n'émettons néanmoins aucune prétention, sauf celle d'avoir fait de notre mieux et nous prions nos juges de bien vouloir tenir compte, non pas tant du résultat obtenu que du travail fourni.

PREMIÈRE PARTIE

Le syndrome clinique des trépanés anciens particulièrement au point de vue psychique.

DÉFINITION DU TRÉPANÉ. — Avant de parler du syndrome clinique des trépanés, nous allons définir, pour limiter la question, ce que nous entendons par trépané. Garnier et Delamare donnent comme définition de la trépanation : Une opération qui consiste à pratiquer un orifice dans un os, soit avec le trépan, soit avec la gouge et le maillet, soit à l'aide de tout autre instrument ». Nous modifierons cette définition générale, d'un côté en la restreignant, de l'autre en l'élargissant de telle façon qu'elle comprendra pour nous toute une catégorie d'individus comparables entre eux tant au point de vue de la pathogénie des lésions dont ils sont porteurs, qu'au point de vue des résultats que nous aurons à apprécier.

Nous restreindrons cette définition en ne considérant que les os crâniens et nous l'étendrons à toute solution de continuité de la boîte crânienne, qu'elle soit due à des traumatismes chirurgicaux ou accidentels.

Donc pour nous, le trépané est un homme qui présente une perte de substance de sa boîte crânienne, d'origine traumatique.

CHAPITRE PREMIER

Etude rapide des symptômes neurologiques localisés.

Nous rappellerons aussi brièvement que possible le syndrome clinique objectif, car ce n'est pas là, le but que nous nous sommes proposé. L'étude complète en serait très longue et nous n'avons pu l'aborder comme nous l'aurions voulu. Nous n'en dirons que quelques mots pour donner à ce petit travail une unité. Nous examinerons très vite les syndromes déjà signalés, nous bornant à donner après chaque paragraphe le pourcentage de ces syndromes, dans nos observations dont le résumé est publié ci-après.

Nous examinerons d'abord les complications infectieuses, puis les symptômes moteurs, les symptômes sensitifs et sensitivo-moteurs, les troubles aphasiques, agnosiques, apraxiques et enfin les troubles sensoriels et trophiques.

COMPLICATIONS INFECTIEUSES TARDIVES

MÉNINGITES. — D'après Chiari, on observe au cours des poussées méningées tardives chez les blessés du crâne, d'abord une méningite basilaire, puis l'infection gagne les ventricules, et par les plexus choroïdes la base du cerveau (26 fois sur 33 cas); plus rarement le point de départ est au niveau de la blessure. On en a cité de nombreux cas dont quelques-uns suivis d'autopsies (Jumentié)

ABCÈS DU CERVEAU. — Ces abcès sont relativement fréquents et peuvent survenir de nombreuses années après la blessure, tel ce cas de Christoperson, survenu 24 ans après une fracture du crâne (mort). Nous en avons constaté un cas dans nos observations, cas qui fut opéré et guérit.

On a encore signalé comme complications infectieuses tardives :

LES HERNIES CÉRÉBRALES : Marchack, Le Fur, Blanco Acevedo, Ottorino Tenani, Sartre et Coulon, etc...

LES KYSTES. — Roger et Pourtal, Chagnolleau, Courteville.

L'ÂÉROCÈLE. — Barbé, Aimard. D'après R. Glenard qui l'a étudiée à l'aide de la radioscopie, il faudrait distinguer trois phases qu'il a notées dans le cas qu'il rapporte, de la manière suivante : phase d'aérocèle, 2 mois après la blessure ; phase d'hydropneumatocèle, 4 mois après la blessure ; phase d'hydrocèle intracranien, 15 jours après la précédente. Comme signe clinique : le syndrome subjectif habituel avec de temps en temps écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez ; bruit de flot aux mouvements brusques de la tête ; aucun déficit intellectuel.

TRoubles MOTEURS

Hémiplégies corticales (avec ou sans troubles sensitifs)

Elles succèdent en général à une lésion de la zone rolandique. Elles ont une allure spéciale (Benisti). Les troubles moteurs prédominent tantôt sur un membre, tantôt sur l'autre, aussi bien sur le membre inférieur que sur le membre supérieur. Il faut en effet, pour que les 2 membres soient également atteints une lésion très étendue de la corticalité, d'où 2 grandes classes :

a) l'hémiplégie corticale proprement dite où les membres sont inégalement atteints ;

b) l'hémiplégie par atteinte de la substance blanche, réalisant le syndrome de l'hémiplégie banale.

Les troubles moteurs sont ceux d'une paralysie d'abord flasque, puis avec contracture, à topographie variable, segmentaire ou radiculaire. Souvent les signes sont au complet, les réflexes tendoin-osseux généralement exagérés (on observe parfois cependant de l'aréflexie). Ces hémiplégies corticales sont fréquentes surtout comme conséquences immédiates. Elles sont le plus souvent régressives : la paralysie se localise aux muscles dont le centre est détruit et on observe ainsi des paralysies parcellaires ou des parésies, la plupart définitives.

Nous avons dans nos observations : 31 hémiparésies soit 18 % ; 12 hémiplégies, soit 8 % ; 4 parésies faciales, soit 3 %.

Les cas d'hémiplégie traumatique d'apparition tardive sont plus rares. Mme Rosanoff-Saloff n'en avait réuni que 8 cas en 1916, dont 2 d'Abadie. On en a cité d'autres depuis, nous en avons nous-même un cas dans nos observations.

Enfin, nous ajouterons que M. Dupérié puis F. Bonola ont insisté sur la possibilité de symptômes homo-latéraux dans les perforations crâniennes.

Les paraplégies

En général consécutives à des plaies du vertex ou à des plaies transfixiantes. Mme Benisti en distingue 3 formes :

1^o *paraplégie avec déficit moteur d'ordre paralytique important* ressemblant aux paralysies par lésion du neurone périphérique, en général régressives, plus marquées au pied et laissant le plus souvent un déficit dans le groupe des muscles antéro-externes de la jambe.

2^o *paraplégies avec asynergie et incoordination* : les signes de spasmodicité sont nets : MM. Claude et Lhermitte les divisent en 2 catégories.

a) *paraplégies cérébello-spasmodiques* avec perturbation de la fonction cérébelleuse et non de la sensibilité. « Il faut admet-

tre que les troubles de la fonction cérébelleuse chez les blessés du vertex, sont dus, non pas à une lésion directe du cervelet, mais au retentissement sur l'appareil cérébelleux des lésions corticales ».

b) *paraplégies ataxo-cerebello-spasmodiques* avec phénomènes ataxiques surajoutés, par altérations de la sensibilité cutanée et profonde.

3° *paraplégies spasmodiques avec contracture et incoordination*, souvent accompagnées de troubles sensitifs marqués, différant des paraplégies médullaires par l'absence de troubles sphinctériens.

Nous avons trouvé 3 cas de paraplégie dans nos observations, soit 2 %

Les monoplégies corticales

surviennent immédiatement après le traumatisme ou peuvent être également le reliquat d'une hémiplégie, d'une para ou d'une triplégie. Les troubles moteurs régressent le plus souvent d'abord assez rapidement, puis très lentement; les troubles semblent plus tenaces et rebelles; on en distingue 3 variétés :

1° *Monoplégie brachiale*, la plus fréquente. L'aspect de la « main en griffe » est très souvent observé.

2° *Monoplégie faciale* : rare quand elle est isolée, plus fréquente comme reliquat d'hémiplégie, elles sont le plus souvent totales, à prédominance inférieure. Nous en avons trouvé 4 cas.

3° *Monoplégie crurale* : elles succèdent généralement à une hémiplégie ou à une paraplégie.

Les triplégies corticales

Assez fréquentes comme manifestation de début. Les troubles de sensibilité sont en général moins marqués du côté de l'hémiplégie (Bénisti). Les troubles moteurs régressent dans

la plupart des cas, soit globalement, soit en se localisant à un membre. Nous avons cependant une observation où la triplégie persiste encore 7 ans 1/2 après la blessure (obs. CXXXII)

Paralysies parcellaires (avec ou sans trouble de sensibilité)

Elles résultent d'une lésion peu étendue de la zone rolandique et sont généralement accompagnées au début de lésions plus étendues (lésions de choc de voisinage) qui régressent ensuite.

Hémiplégie cérébelleuse

Elle a été étudiée par J. Thiers dans sa thèse. Dans l'hémiplégie cérébelleuse, rien de paralytique, mais on trouve des troubles de l'équilibre et de la coordination, se traduisant par de la latéropulsion, de l'asynergie, de la dysmétrie ou de l'hypermétrie, de l'adiadococinesie et des vertiges. Les caractères principaux des lésions cérébelleuses sont l'atonie, l'asthénie et l'abasia et ces troubles ont été en grande partie expliqués par les recherches d'André Thomas et Durupt :

« Non seulement, il existe des centres dans chaque hémisphère cérébelleux pour le membre supérieur et pour le membre inférieur, mais ces centres sont décomposables en centres secondaires correspondant à un segment de membre ou à une articulation, présidant à l'élaboration d'une fonction sthénique, affectée à une direction déterminée (extension, flexion, abduction, adduction, rotation en dehors, rotation en dedans). Cette fonction est hypersthénique pour tels muscles et hyposthénique pour les muscles antagonistes. La destruction limitée à un centre a pour conséquence l'hyposthénie des muscles innervés par ce centre et l'hypersthénie des muscles antagonistes...

C'est ce que nous avons désigné avec Durupt dans nos recherches expérimentales sur le singe et le chien sous le nom d'anisosthénie des muscles antagonistes. Lorsque la lésion est plus diffuse et intéresse plusieurs centres, suivant qu'elle

endommagement plus ou moins tel ou tel d'entre eux, les symptômes prédominent sur telle ou telle articulation et pour chaque articulation, sur tel ou tel groupe musculaire; dans ce cas l'hyposthénie est plus accentuée pour certains muscles que pour leurs antagonistes; l'anisosthénie est alors relative. »

Ce syndrome cérébelleux peut exister seul ou être associé à une hémiplégie véritable comme dans le cas de Descomps, Merle et Quercy. On le différenciera, d'après Ayme, de l'ataxie labyrinthique par les signes suivants propres à cette dernière affection : *nystagmus vertical*, globes oculaires se mouvant de bas en haut et de haut en bas (90 à 120 fois à la minute); *impossibilité absolue* pour le malade *de se mouvoir dans un plan vertical* en rapport peut-être avec l'irritation du nerf vestibulaire dans la portion postérieure du canal semi-lunaire vertical.

Syndrome pseudo-bulbaire.

André Thomas et Levi-Valensi en ont signalé un cas chez un trépané de la région pariétale inférieure gauche. Cinq mois après il persistait un syndrome paralytique bilatéral, plus marqué à droite, portant sur la langue, la face et le larynx avec exagération des réflexes tendineux et périostés du côté gauche.

Syndrome de Weber

Il a été signalé en 1909 par Houzel à la suite d'une blessure par balle : hémiplégie intéressant la face (facial inférieur) et les membres du côté opposé à la lésion, paralysie homolatérale du moteur oculaire commun : d'où ptosis et déviation de l'œil en dehors et en haut.

Tremblements

On a cité un certain nombre de cas. Nous rapportons celui de J. Parhon et Mlle Vasiliu chez un soldat de 23 ans « blessé par

balle à la région pariétale gauche qui présenta un tremblement manifeste à type parkinsonnien des 3 derniers doigts, mais surtout de l'annulaire et du petit doigt, avec troubles sensitifs dans le même territoire ».

Syndrome condylo déchiré postérieur et nerfs craniens.

Bien étudié par M. Vernet qui en-1918 en rapporta 22 cas dont quelques-uns par lésion endocranienne traumatique. Ce syndrome est caractérisé par : gêne mécanique de la déglutition des solides, troubles du goût dans le 1/3 postérieur de la langue (paralysie du glosso-pharyngien) hémianesthésie velopharyngée, troubles de la salivation (augmentée), toux, troubles de la respiration, dyspnée ou pseudo-asthme (par atteinte de la branche sensitive du pneumogastrique) hémiparalysie du voile du palais avec enrouement, accélération du pouls (branche interne du Spinal) paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze (branche externe du spinal) hémiparalysie linguale (grand hypoglosse).

Ce syndrome a été observé aussi à l'état dissocié, réalisant par lésion traumatique des syndromes déjà décrits en pathologie interne : S. d'Avellis (br. interne du spinal) S. de Schmidt (spinal complet) S. de Jackson (spinal complet ou incomplet et hypoglosse) S. de Vernet (spinal complet ou incomplet et glosso-pharyngien) S. de Collet-Sicard (spinal complet ou incomplet, glosso-pharyngien et hypoglosse) chacun de ses syndromes pouvant ou non, comprendre une atteinte du pneumogastrique sensitif.

On a signalé enfin, par lésion endocranienne, deux cas de lésion du trijumeau (Uhthoff) avec anesthésie totale dans le territoire du nerf ophtalmique et du nerf maxillaire supérieur; anesthésie cornéenne droite et abolition de la sécrétion lacrymale et diminution de la gustation dans l'hémilangue droite.

Enfin Kaspoutine, en 1915, a publié un cas de blessure par balle ayant traversé le crâne et suivi : de perte de l'olfaction

hémiparalysie et hémianesthésie faciale totale, hémiparalysie des masticateurs, perte de l'ouïe, rétrécissement concentrique du champ visuel des 2 côtés, troubles de l'équilibre.

TROUBLES SENSIFS

Hémianesthésies et Hémihypoesthésies

Elles s'accompagnent au début de phénomènes parétiques qui disparaissent très rapidement. Tous les modes de sensibilité peuvent être atteints : douleur, chaleur, tact, sensibilité osseuse et articulaire. Le sens stéréognostique est aboli. Ces troubles entraînent souvent de l'ataxie et de la dysmétrie.

L'hémianesthésie évolue progressivement vers l'hémihypoesthésie et tout peut rentrer dans l'ordre; mais le plus souvent, les troubles sensitifs se localisent à un membre, ou à certaines zones, zones anesthésiques à disposition variable radiculaire ou segmentaire. Souvent aussi on trouve comme reliquat de l'hémianesthésie, une hypoesthésie définitive avec élargissement des cercles de Weber, perturbation du sens, des attitudes au niveau des extrémités distales et abolition du sens stéréognostique. L'astéréognosie est si fréquente que M. Villaret a pu publier un certain nombre de cas (25) où elle a constitué le seul trouble sensitif constant et qu'il a pu écrire : « c'est la séquelle la plus persistante » et souvent « l'unique séquelle organique ».

Notons enfin que « les troubles moteurs et les troubles sensitifs sont généralement associés, mais s'il est fréquent de rencontrer des syndromes sensitifs purs, il est très rare d'observer des troubles moteurs isolés sans trouble sensitif concomitant » (Bénisti).

Syndrome sensitif cortical

En dehors des formes précédentes, qui sont celles qu'on trouve le plus souvent, Déjerine a décrit un syndrome sensitif cortical, dont avec H. Mouzon, il a trouvé 2 types :

Le premier est constitué par « une intégrité complète ou presque complète de la sensibilité tactile, intégrité des sensibilités douloureuses et thermiques, contrastant avec une altération marquée du sens de discrimination tactile, du sens des attitudes et une conservation parfaite ou presque parfaite de la sensibilité osseuse. Astéréognosie constante ».

Au sujet du second, les mêmes auteurs écrivaient à la fin de 1915 : « Ceux des modes de la sensibilité (douleur, température, vibration) qui étaient respectés dans nos cas du mois de Janvier, comme dans ceux des autres auteurs, sont au contraire très atteints dans le cas que nous présentons aujourd'hui, alors que les autres modes de sensibilité sont presque entièrement intacts (finesse du contact, identification, localisation et discrimination tactile ; sens des attitudes segmentaires, de la pression, du poids ; perception stéréognostique ; coordination motrice). Il semble y avoir là un nouveau type de syndrome sensitif cortical, dans lequel le groupement des modes suivant lesquels la sensibilité objective est lésée, se trouve tout différent de ceux qu'on observe dans les diverses lésions médullaires localisées. (La sensibilité vibratoire, dans ces dernières, est généralement associée à la sensation de pression ou de poids au sens des attitudes segmentaires, à la perception stéréognostique) et exactement inverse de celui qui caractérise habituellement les monoplégies corticales, toutes les fois que ces monoplégies ne sont pas purement motrices et que les troubles de la sensibilité ne sont pas absolument globaux ».

On peut par ce simple aperçu se rendre compte de la diversité et de la variabilité des troubles sensitifs consécutifs aux lésions corticales.

SYNDROMES SENSITIVOMOTEURS

Syndrome thalamique traumatique

Déjerine en a donné la description suivante :

1^o Hémianesthésie toujours plus marquée pour les sensibilités profondes que pour les sensibilités superficielles avec souvent astéréognosie complète.

2^o Hémiplégie légère, sans contracture, le plus souvent régressive.

3^o Hémiataxie et mouvements choréoathétosiques du côté anesthésié.

4^o Douleurs persistantes, profondes, lancinantes, paroxystiques, rebelles à toute médication analgésique.

Faure-Beaulieu et G. Aymes l'ont trouvé dans un cas de blessure par éclat d'obus pénétrant sous la voûte orbitaire gauche et que la radiographie a localisé « à 3 cm. en arrière et un peu en haut de la selle turcique, à 2 cm. environ à gauche de la ligne médiane, lésant ainsi la partie postérieure et inférieure du noyau externe du thalamus en avant du pulvinar dans la région du ruban de Reil ».

Syndromes des nerfs crâniens

(étudiés avec les troubles moteurs, page 22)

L'épilepsie traumatique

Cette question a été mise au point par P. Béhague, dans son rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Luxembourg Metz (Août 1921).

Comme causes de l'épilepsie traumatique, on trouve des « plaies pénétrantes », entraînant des cicatrices encéphaliques ou méningées, localisées, macroscopiques et des « traumatismes

non pénétrants » avec lésions microscopiques ; souvent les 2 réunis. Comme causes favorisantes : d'abord l'influence du terrain (alcoolisme, syphilis, mal comitial fruste), l'âge (l'intensité des phénomènes subjectifs et la durée de la perte de connaissance semblent ne pas avoir d'influence) ; puis, l'influence de la région atteinte : lobes pariétaux (50 % des épilepsies constatées), frontaux (25 %), occipitaux (12 %), temporaux (6 %), cervelet 0 %) ; enfin l'étendue de la blessure : « les risques d'épilepsie sont en raison directe de l'étendue des dégâts cérébraux et de la cicatrice qui les suit » (foyer de gliose très active, au point traumatisé avec infiltration névroglique disséminée à tout l'organe d'après H. Anglade).

Un peu plus de 12 % des blessés du crâne sont atteints d'épilepsie durable ; celle-ci ne revêt la forme jacksonnienne que dans 1/3 des cas ; alors que 2/3 des crises sont généralisées ». Dans notre statistique, sur 160 observations environ, nous avons trouvé 31 cas d'épilepsie jacksonnienne et 38 cas de généralisée, soit 20 % et 25 %

Le temps de latence est variable, entre 3 et 5 mois le plus souvent ; d'après Béhague » il ne dépasse un an 1/2 que dans 4 cas sur 1000 blessés observés ». Cette proportion d'épilepsie ayant apparu plus d'un an 1/2 après la blessure nous semble plus élevée ; nous l'avons en effet notée 6 fois sur 160 cas seulement, soit 37,5 pour 100 (obs. LXI, LXX, LXXIX, LXXXII CVII et CCI). « La durée du temps de latence ne semble dépendre que de l'étendue de la cicatrice encéphalique (plus elle est grande plus elle recule l'éclosion du premier accès) et de la situation de la plaie cérébrale ». « il ne semble guère influencer sur l'évolution de l'épilepsie consécutive » et est peut-être plus rapide pour les accès jacksonniens.

Symptomatologie. — Les prodromes, l'aura, la crise et les équivalences n'offrent rien de particulier ; comme prodromes objectifs, on observe une tension anormale de la cicatrice et de l'inégalité pupillaire progressive ; les prodromes subjectifs sont les mêmes que dans le mal comitial. L'éclosion de l'accès

est favorisée par toutes les causes d'hypertension. Il est suivi d'épuisement post-paroxystique.

L'évolution de l'épilepsie traumatique est variable : Il semble qu'avec le temps, le traitement médical aidant, les crises aient en général tendance à s'espacer.

L'épilepsie du type classique qu'on observe le plus souvent est l'épilepsie sensitivomotrice ; mais on peut observer des formes particulières :

a) mouvements involontaires survenant par accès dans l'intervalle des crises (Meige et Bénisti), mouvements intermittents.

b) crises de parésie jacksonnienne (Meige et Bénisti) brusque état parétique de plus ou moins longue durée siégeant suivant les cas soit dans un membre opposé à la blessure, soit et le plus souvent dans les 2 membres symétriques (les 2 bras et les 2 jambes) soit enfin, mais rarement, dans un membre du côté homolatéral ».

c) mouvements continuels de formes variées :

1^o tremblements à oscillations rapides de l'extrémité d'un membre.

2^o mouvements cloniques rapides, « épilepsie partielle continue » de Polosson et Collet ; syndrome décrit pour la première fois par Kojewnikow de Moscou en 1894, puis par Mme Long Landry et M. Quercy en 1913 et qui consiste en « l'apparition de secousses cloniques ininterrompues, variant d'intensité et s'aggravant jusqu'à réaliser une crise d'épilepsie vraie » avec ou sans coexistence de paralysies ou de contractures. Dans le cas de Polosson et Collet ces mouvements cloniques existèrent seuls jusqu'à ce qu'une intervention ait déclenché une crise jacksonnienne vraie.

3^o mouvements choréiformes, souples, onduleux, peu étendus des extrémités (Bénisti).

d) Epilepsie jacksonnienne partielle sensitive ou « Jacksonisme sensitif » de Pierre Marie, Chatelin et Patrikios. Les crises consistent en « une sensation de fourmillement qui naît au niveau de la racine du membre vers l'épaule, et

qui de là gagne lentement et progressivement le bras, l'avant-bras et finalement la main. Au fur et à mesure que cette sensation se déplace vers l'extrémité du membre, elle disparaît plus haut et arrive ainsi au bout de 2 minutes en moyenne, à la main. Elle s'y fixe pendant 5 ou 10 minutes, rarement plus longtemps et, pendant cette dernière période, elle ne subsiste plus au niveau du reste du membre ». Aucun phénomène moteur, mais sensation de crispation de la main, malaise, vertige. La main est insensible pendant la crise et quelques heures après. Trouble profond du sens stéréognostique. Charcot en avait publié 2 cas en 1887 et Pitres en publia un vers la même époque sous le nom « d'épilepsie jacksonnienne sensitive localisée ».

e) crises d'hypothermie, (Carnot et de Kerdrel) de plusieurs jours, précédant les crises sensitivo-motrices ou évoluant à leur place lorsque la bromuration a atténué ou supprimé les crises (ces crises d'hypothermie avaient, dans le cas des auteurs cités, disparu après intervention chirurgicale en même temps que les crises sensitivo-motrices).

f) Villaret a signalé encore comme équivalents épileptiques : des crises de surdité passagère, de bourdonnements d'oreilles, de scotomes scintillants ou de cécité transitoire.

g) Equivalents psychiques caractérisés comme dans l'épilepsie ordinaire par l'inconscience et l'amnésie consécutive. Ce sont d'après Porot d'Alger (Congrès de Luxembourg Metz Août 1921) : des troubles de l'humeur et de l'irritabilité périodique ou paroxystique, des fugues, des psychoses à base psychosthéniques avec troubles délirants ou interprétatifs secondaires, des idées délirantes en bouffées, et une forme spéciale : la manie aiguë de durée variable, de début et de terminaison brusque, quelquefois par une grande crise convulsive.

LES APHASIES

Étudiées par P. Marie et Foix en 1917, elles sont d'« une fréquence remarquable ». Avec ces auteurs, nous les diviserons en syndromes aphasiques et anarthriques consécutifs aux blessures du cerveau gauche par projectiles de guerre et en syndromes mixtes.

1^o Syndromes aphasiques et anarthriques par blessure du cerveau gauche. — Dans la période de début on observe : des troubles de la parole très marqués, mais on arrive cependant à trouver quel sera le type résiduel (anarthrique antérieur, aphasique postérieur ou aphasique global ; des symptômes de commotion cérébrale généralisée ; enfin des symptômes de lésion cérébrale localisée (hémiplégies, etc...) A la période d'état il faut étudier séparément les syndromes anarthriques et les syndromes aphasiques proprement dits.

A) *Syndromes anarthriques*. — En général il existe « outre une anarthrie à peu près absolue, des troubles assez marqués d'ordre aphasique portant sur la dénomination des objets, l'écriture, la lecture et le calcul. La compréhension de la parole était relativement mieux respectée ». Cliniquement 4 groupes de faits :

a) guérison à peu près complète. De temps en temps un mot manque.

b) Troubles dysarthriques isolés, les plus fréquents. Ils apparaissent dans les mots difficiles : « artilleur d'artillerie, tarte, tartare, tartelette ». « En réalité, ce reliquat est fort peu de chose. Il va d'ailleurs aller s'améliorant et ce blessé, comme le précédent, évoluera vers la guérison complète.

c) Troubles dysarthriques associés à de légers phénomènes d'ordre plus strictement aphasique (un peu de lenteur dans l'écriture, quelques fautes d'orthographe, troubles modérés du calcul). Le pronostic dans ces cas est favorable.

d) Lenteur de la parole et de l'idéation avec ou sans troubles

dysarthriques persistants. A l'examen « tout se réduit à la lenteur caractéristique d'une prononciation parfaite par ailleurs et à la monotonie remarquable de l'intonation d'une part, de l'autre à un état assez marqué de stupeur intellectuelle et de ralentissement de la mémoire et de l'idéation ». Ces malades ont un aspect comme engourdi, qui ne va s'améliorer que fort lentement, si même il doit plus tard complètement disparaître.

« Ainsi donc le pronostic des symptômes anarthriques dus aux blessures par projectiles de guerre est remarquable par sa bénignité relative. Ils s'opposent ainsi aux syndromes aphasiques, beaucoup plus durables et graves dans la majorité des cas ».

B) *Syndromes aphasiques proprement dits*. — Ils ont le même début que les précédents, mais rapidement la difficulté de la parole devient constante et très marquée; la compréhension du langage est profondément touchée; la lecture, l'écriture et la dénomination des objets sont impossibles. Le « vocabulaire ne revient pas. On a classé les aphasies de guerre en 4 formes principales anatomo-pathologiques :

a) Aphasie temporale. — c'est le syndrome le plus pur : « L'anarthrie est sensiblement nulle. L'aphasie porte surtout sur la dénomination des objets (perte du vocablé surtout compréhension de la parole, la lecture, l'écriture, le calcul, sont également très touchés. L'intelligence est diminuée, l'hémiplégie absente, l'hémianopsie ordinairement en quadrant assez fréquente » par lésion profonde des radiations de Gratiolet

b) Aphasie par lésion du gyrus supra-marginalis; « aphasie globale dans laquelle l'anarthrie et l'aphasie sont associées. Tous les éléments de la parole sont touchés à peu près proportionnellement. La monoplégie brachiale est de règle, ordinairement légère; l'hémi anesthésie s'observe presque toujours, elle peut se limiter au membre supérieur. Dans quelques cas, il existe de l'apraxie à prédominance droite; il n'y a pas d'hémianopsie ». L'ensemble de ce syndrome s'améliore progres-

sivement. Les phénomènes moteurs disparaissent. Les blessés arrivent généralement jusqu'à une guérison sensiblement complète. « Les troubles dysarthriques sont ordinairement plus durables, les troubles sensitifs persistent également, le plus souvent tout au moins sous forme d'astéréognosie.

c) Aphasie par lésion de la région du pli courbe et de la partie postérieure des 2 premières circonvolutions temporales. L'alexie est presque absolue. L'écriture est relativement presque indemne. La compréhension de la parole et le calcul sont plus touchés, ainsi que la dénomination des objets; anarthrie presque nulle; ni hémiplégie, ni hémianesthésie; hémianopsie constante, complète ou en quadrant. « L'ensemble de ces troubles est relativement persistant, l'alexie demeure toujours marquée. »

d) Petits syndromes aphasiques par lésion marginale ou superficielle de la zone du langage. Ils se composent de troubles légers, mais très importants : la parole est moins facile qu'avant; « les troubles de la mémoire et de l'idéation sont particulièrement fréquents chez les blessés du crâne et plus fréquents, croyons-nous, chez les blessés des régions frontales et pariéto-temporales gauches que chez les autres blessés.

2° Syndromes mixtes, aphasiques et anarthriques. — Ils sont rares car les lésions qui les produisent sont considérables et ordinairement mortelles. On en a cependant observé quelques cas, où on notait : aphasie, ana ou dysarthrie, pémiplégie complète; écriture et lecture impossibles; parole très altérée, de même que les fonctions intellectuelles.

Nous avons trouvé ces troubles aphasiques et anarthriques 18 fois soit 11 %

L'APRAXIE

On en observe 2 formes distinctes : l'apraxie idéatoire et l'apraxie idéomotrice. La première consiste en l'oubli des gestes constituant un acte complexe et c'est avant tout un trouble

intellectuel; le sujet n'est pas maladroit. Dans la seconde au contraire, la conception d'ensemble est bonne, mais l'exécution est imparfaite. En résumé « le malade atteint d'apraxie idéatoire donne l'impression d'un mental, le malade atteint d'apraxie idéomotrice donne l'impression d'un maladroit. La première est un trouble de l'idéation et du souvenir, la 2^e un trouble très spécial de la motilité ».(Foix).

On en a signalé un certain nombre de cas, après blessure du cerveau, nous n'en avons pas observé.

LES AGNOSIES

1^o *Asléréognosies* : Elles sont, nous l'avons dit, très fréquentes, presque constantes et très tenaces.

2^o *Anosognosies* : on en a rapporté quelques cas; nous empruntons les lignes suivantes à J. Babinski : « Malgré une conservation relative des fonctions intellectuelles leur permettant de répondre à la plupart des questions, ces malades semblent n'avoir aucune notion de leur paralysie et ils ne se plaignent nullement de leur impotence qu'ils paraissent ignorer. Quand on leur commande de lever le bras droit, ils le font immédiatement comme à l'état normal; lorsqu'après leur avoir dit d'exécuter le même mouvement du bras gauche, on leur demande s'ils l'ont fait, ou bien ils gardent le silence, ou bien ils répondent « oui » quoique leur bras soit resté immobile ». En somme trouble de la sensibilité profonde et oubli d'une fonction perdue.

3^o *Syndrome de désorientation dans l'espace consécutif aux plaies profondes du lobe frontal*. — Étudié par P. Marie et Béhague qui ont trouvé chez ces blessés d'abord des troubles de l'orientation dans l'espace, ensuite l'absence ou la diminution considérable des troubles subjectifs : la désorientation se fait uniquement dans le sens de la direction (les blessés ne retrou-

vent leur chemin qu'à l'aide de subterfuges renouvelés du petit Poucet) dans les cas moins prononcés, la désorientation n'a lieu que lorsqu'il fait sombre. La plupart des blessés frontaux ne présentent que des troubles fins qu'on ne peut mettre en évidence que par l'épreuve de la chambre noire. Jamais de troubles de l'orientation dans le temps et au contraire des désorientés dans le temps, les blessés des lobes frontaux sont « très attentifs, leur mémoire est bonne, la preuve en est qu'ils exécutent très correctement les épreuves les plus compliquées, et retiennent tous les points de repère d'un chemin très aisément. Le trouble de l'orientation semble proportionnel à la profondeur de la blessure; nul quand la dure-mère est intacte, très marqué quand le lobe préfrontal est presque totalement détruit. Le côté de la lésion est sans influence.

2° signes négatifs : aucun signe cérébelleux, ni labyrinthique, nous en avons observé 6 cas.

LES TROUBLES VISUELS

Lésions d'origine centrale. Étudiées dès 1914 par Barbazan dans sa thèse, reprises pendant la guerre par P. Marie et Chatelin, ces lésions sont souvent méconnues; elles demandent à être recherchées. Elles sont presque constantes dans les blessures de la région occipitale. Elles consistent en :

1° Cécité corticale : fréquente dans les heures qui suivent la blessure; rarement définitives, elles régressent petit à petit.

2° Hémianopsies : succèdent à la cécité corticale, elles sont définitives; on en distingue plusieurs variétés :

- a) Hémianopsie latérale homonyme;
- b) Hémianopsie horizontale inférieure;
- c) Hémianopsie horizontale supérieure (très rare);
- d) Hémianopsie en quadrant;
- e) Scotomes hémianoptiques maculaires, paramaculaires et multiples;

3° Héliachromatopsies;

4° Rétrécissement du champ visuel,

Lésions périphériques. — L'appareil visuel peut être également lésé au cours des blessures du massif osseux de la face et du crâne. M. Lagrange a, en 1916, après l'observation de 179 cas, publié des lois dont la première seule intéresse les trépanés et que voici : « Si le projectile passe au-dessus de l'orbite, intéressant le frontal et la région cérébrale antérieure, il entraîne des fractures irradiées, retentissant au niveau du trou optique et de la fente sphénoïdale sur les nerfs sensoriels, moteurs et sensitifs de l'orbite. Le globe de l'œil n'est pas intéressé.

TRoubles AUDITIFS

Nous ne parlerons pas des cas de surdité ou de diminution de l'acuité auditive par lésion périphérique, les organes de l'audition ne se trouvant pas, à proprement parler, dans la boîte crânienne et cette étude étant du domaine des spécialistes. Les troubles du labyrinthe seront décrits plus loin avec les troubles subjectifs, car ils constituent parfois la seule séquelle objective permettant de croire à la réalité des troubles accusés par le blessé.

L'étude de la surdité corticale est encore imparfaite. On en a cité quelques cas, mais comme on n'est pas fixé sur l'existence d'un centre cortical sensoriel de l'ouïe, les auteurs qui en ont rapporté des cas laissent eux-mêmes subsister le doute et n'osent pas affirmer leur diagnostic, tel par exemple, E. Escat, qui écrivait en 1918, à la fin de sa publication : « s'agit-il de surdité croisée par lésion corticale ou simplement de coexistence fortuite d'une surdité labyrinthique commotionnelle de l'oreille droite avec une blessure de la région temporale gauche? »

LES TROUBLES TROPHIQUES

En général, peu marqués, « ces troubles qu'on observe rarement peuvent se présenter sous forme d'atrophie musculaire' léger œdème, teinte cyanotique, hyperthermie ». (R. Picqué et Lacaze). Les atrophies musculaires sont localisées à quelques groupes de muscles et sont le plus souvent le reliquat de syndromes paralytiques.

Enfin, H. Français un cas de dystrophie facio-scapulo-humérale, peut-être du type myopathique, mais que, en raison de son évolution, des antécédents négatifs personnels et familiaux du blessé, l'auteur rattache au traumatisme pariétal par éclat d'obus.

CHAPITRE II

Etude spéciale des symptômes diffus (neuropsychiatriques)

LE SYNDROME SUBJECTIF DES TRÉPANÉS

Le syndrome subjectif a fait couler des flots d'encre ; il est peu d'auteurs qui aient parlé des trépanés sans l'avoir mentionné. Aussi, il est très connu, mais il est connu d'une façon peu claire, car, chacun en le décrivant y a ajouté quelques faits nouveaux, en a retranché d'autres qu'il n'avait pas constatés, et à force d'être étiré dans tous les sens, ce syndrome subjectif a fini par englober tous les troubles psychiques, et certains même, allant plus loin, sont presque arrivés à lui incorporer l'épilepsie traumatique.

Nous avons cherché à mettre un peu d'ordre dans toutes les publications, à limiter son domaine, et à rendre à chaque auteur la priorité de son ouvrage.

Le syndrome subjectif a été ainsi nommé et décrit pour la première fois depuis la guerre par Pierre Marie, à la Société de Neurologie le 6 avril 1916 ; cet auteur entendait par là un ensemble de symptômes qui comprenait essentiellement 3 ordres de faits :

- 1^o des céphalées ;
- 2^o des éblouissements ;
- 3^o des troubles psychiques légers, variables.

Il fut appelé « subjectif », « parce qu'on ne peut le vérifier

objectivement », car il ne s'accompagne pas en effet des troubles objectifs de la série « neurologique » ou de la série « sensorielle ». « Plus exactement, il faut dire que les signes objectifs n'existent qu'en petit nombre, et sont peu accusés » (Benisti). Nous verrons plus loin l'usage qu'on peut en faire.

Examinons ce syndrome un peu plus en détail.

1^o *Les céphalées* : Elles sont permanentes ou à peu près. Cette permanence est déjà un caractère important, car il devient évident qu'on ne peut pas dire qu'un blessé du crâne présente le syndrome subjectif parce qu'il a mal à la tête 2 ou 3 fois par an.

Ces céphalées permanentes sont paroxystiques, exagérées par les mouvements brusques, les secousses, les efforts physiques ou intellectuels, les émotions, le bruit, la lumière vive.

G. Carrière (de Lille) s'est particulièrement attaché à l'étude de ces céphalées qu'il a trouvé chez 92 % des trépanés. Il nous en donne les caractères suivants :

céphalalgies	92 % des cas
profondes ou superficielles	80 %
localisées à la fracture	71 %
localisées du côté opposé	11 %
généralisées	10 %
irradiations diverses	60 %
gravatives	19 %
pulsatile	12 %
constrictive	8 %
constrictive par sensation de poids et de lourdeur	28 %
sensation de tension	20 %
continue	80 %
maximum vespéral	78 %
maximum matutinal	7 %
exclusivement diurne	15 %
exclusivement nocturne	5 %

exagérée par les efforts	82 %	des cas
exagérée par la fatigue	82 %	
exagérée par les changements de position	62 %	
exagérée par les émotions	70 %	
exagérée par la pression	87 %	
exagérée par les variations de baromètre	15 %	
exagérée par les bruits violents ..	72 %	

Pierre Marie attribue ces céphalées à un « déséquilibre vasomoteur ». « Ainsi s'expliquerait la gêne prononcée et durable qu'éprouvent les blessés craniens à la suite d'une augmentation du tonus vasculaire déterminé par des causes telles que la toux, l'éternuement, le fait de se baisser, le froid, la chaleur, le travail intellectuel, etc... ou à la suite d'une modification d'équilibre du liquide céphalo-rachidien : secousses, trépidations, etc. (Benisti).

Il attribue cette même cause aux troubles suivants :

2^o *Les éblouissements.* — On en distingue 3 sortes :

a) Les éblouissements d'origine visuelle « obscurcissement subit du champ visuel, obscurcissement total ou rétrécissement concentrique avec ou sans apparition de ronds noirs ou brillants, d'étincelles, de papillons ». Ils s'accompagnent le plus souvent d'autres troubles de la vision tels que : asthénopie, photophobie, diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement du champ visuel et stase papillaire.

Ces éblouissements se produisent dans des circonstances variées : abaissement de la tête, regard en haut, passage à la lumière vive, marche, changements brusques de position, déroulement d'un film cinématographique, etc...

b) Eblouissements d'origine auditive : il se produit de l'hyperacousie, des bourdonnements allant jusqu'aux vertiges. Ils laissent en général un peu de dureté de l'ouïe qui s'accroît lors des bruits violents, inattendus, des trépidations et des secousses. L'oreille externe et l'oreille moyenne sont intactes et ces troubles semblent d'origine vestibulaire.

c) Etourdissements d'origine épileptique. Il semble qu'il faille les ranger parmi les équivalents épileptiques. M. Léri a donné la description suivante des éblouissements de ce syndrome. « Obnubilation simple et rapide de la conscience avec sensation de dérochement général, de chute imminente, de « néant », sensation qui rapproche ce pseudo-vertige du pseudo vertige épileptique ».

3^o *Troubles psychiques variables* : (P. Marie) « changements d'humeur : tristesse, torpeur, parfois instabilité, émotivité extrême, état d'angoisse; tendance au vertige des hauteurs chez des individus qui avant leur blessure en étaient exempts. Insomnies, cauchemars. Incapacité de travail intellectuel ou même manuel. Troubles de la mémoire, surtout de la mémoire de fixation et pour les actes récents. Troubles vaso-moteurs, bouffées de chaleur, transpiration brusque, parfois épistaxis. »

Tel est dans son ensemble le syndrome subjectif de Pierre Marie.

Etudions maintenant les syndromes de Grasset et celui de Mairet et Pierron.

Syndrome « atopique » de Grasset. Il est constitué par un ensemble de symptômes qui « peuvent être sériés de la manière suivante, par ordre croissant d'importance et de gravité : 1^o Céphalée (continue ou paraxystique) 2^o éblouissements (troubles passagers de la vision, et déjà un peu de l'équilibre) 3^o Vertiges (désorientation et déséquilibre par crises) 4^o Crises jacksonniennes avec aura et prédominance unilatérale. 5^o Crises comitialiformes complètes ou globales ».

« Au premier groupe de ces symptômes, il faut en joindre un second constitué par les troubles psychiques sur lesquels un de mes collaborateurs vous fera une communication ».

Ce 2^{me} groupe de symptômes a été décrit par Mignard dans le numéro suivant du *Montpellier-médical*. Ils sont sensiblement les mêmes que ceux décrits par P. Marie parmi les troubles psychiques variables, et ce n'est pas sur eux que nous voulons retenir l'attention.

Par contre la première partie de ce syndrome, celle que Grasset a décrite lui-même mérite de nous arrêter. Nous y trouvons d'abord « ce que P. Marie étudie sous le nom de « Troubles subjectifs consécutifs aux blessures du crâne » (céphalées, éblouissements, troubles psychiques) » et ensuite, des accidents épileptiques; et Grasset nous dit : « Nous ne garderons pas le qualificatif de subjectif parce que nous verrons qu'il faut comprendre dans le même groupe les crises jacksonniennes et les crises comitiales formes qui sont bien des signes objectifs. Nous croyons au contraire, devoir opposer ces symptômes localisateurs et leur donner, suivant le conseil de notre collègue le Pr Foucault, le nom de symptômes *atopiques* et non localisateurs » et plus loin Grasset nous dit : « Tous ces symptômes sont atopiques, c'est-à-dire se présentent quel que soit le siège du traumatisme cérébral; ce siège n'intervient que pour déterminer certains détails comme l'aura des Jacksonniens, qui est plus visuelle chez les occipitaux, motrice et unilatérale croisée chez les rolandiques ». Et notre Maître, le Pr Verger écrivait dès 1907 dans son précis de pathologie interne.

« La relation découverte par Jackson en 1869 entre l'épilepsie partielle et les lésions de la zone rolandique, et les recherches expérimentales sur les effets de l'excitation de l'écorce cérébrale amènent à considérer l'épilepsie jacksonnienne comme un syndrome traduisant l'irritation de l'écorce de la zone motrice qui contient les neurones d'origine du faisceau pyramidal, c'est-à-dire de la zone formée par la frontale et la pariétale ascendantes.

Expérimentalement, l'excitation des zones correspondantes du chien et du singe par des courants faradiques tétanisants amène des convulsions, d'abord localisées à un groupe de muscles, puis à tout le membre qui correspond au centre excité. En augmentant l'intensité du courant, sans changer de place les électrodes, on obtient l'extension des convulsions aux membres du côté correspondant et enfin leur généralisation à tout le corps. La crise évolue ensuite un certain temps après la cessation de l'excitation (Pitres et François-Frank). Chez

l'homme, les mêmes faits ont été reproduits par l'excitation électrique de l'écorce après trépanation. Les convulsions sont précédées d'une aura sensitive pénible dans le membre correspondant au point excité (Dana). On a vu en outre que les mêmes effets convulsifs pouvaient être produits par des excitations mécaniques de l'écorce et aussi par l'action de certains poisons agissant in-situ, tels que l'urée, la créatinine ».

MM. Mairet et Pierron se sont quelques mois après la publication de Grasset et dans le même journal (*Montpellier-Médical*) élevés contre cette opinion, et ils écrivent :

« En ce qui concerne les crises d'épilepsie jacksonniennes à prédominance unilatérale, il est certain que leur signification est claire, et leur gravité indéniable, bien qu'on les voie parfois rétrocéder spontanément dans de graves traumatismes cranio-cérébraux. Seulement, peut-on les envisager comme des symptômes atopiques, alors que leur prédominance unilatérale est un indice net et précieux de localisation; elles accompagnent fréquemment des hémiplésies qui n'ont rien d'atopique : ce sont essentiellement des phénomènes révélateurs d'une irritation localisée. Que l'irritation se généralise, et l'accès épileptiforme perdra son caractère partiel, tout en relevant du même mécanisme « Jacksonnien »

Il nous semble donc qu'il faille disjoindre du syndrome atopique les manifestations épileptiques. C'est l'opinion de la plupart des auteurs et on en trouve la preuve en ce que, dans les rapports d'expertise, ils notent toujours séparément les troubles subjectifs d'une part et les crises épileptiques de l'autre. C'est aussi celle de notre maître, c'est celle de ceux qui nous ont aidé dans ce travail et ce sera la nôtre.

Examinons maintenant un second point et reprenons la publication de Grasset :

« Nous arrivons ainsi à la conception clinique très importante (sur laquelle je veux surtout attirer votre attention) du blessé gravement atteint du crâne et du cerveau, qui a été trépané et qui, en dehors des symptômes du début depuis longtemps disparus, n'a présenté et ne présente que de la céphalée, plus tard des éblouissements, plus tard des vertiges.

Ce malade peut rester pendant de longs mois avec cette symptomatologie très réduite. Comme ces troubles sont purement subjectifs, il peut être considéré comme un simulateur, tout au moins comme un exagérateur et être renvoyé sur le front; nous en avons vu qui y ont été renvoyé deux fois.

Et ensuite, un temps variable, souvent très long, après, éclatent les crises jacksonniennes et les crises comitialiformes; mes collaborateurs vous citeront un cas dans lequel ces crises sont survenues 14 mois après la blessure, à peine indiquée jusque là par de la céphalée et des vertiges.

Ces faits que nous avons observés en grand nombre et que tous nos collègues ont certainement vus comme nous, imposent cette première conclusion que, dans tous les cas de traumatisme cranio-cérébral, le pronostic doit être très réservé, et pendant un temps que nos connaissances actuelles ne permettent pas de préciser.

Nous ne pouvons pas dire non plus les circonstances qui permettent de préciser ce pronostic; pas plus que le siège, l'étendue de la lésion et de la brèche crânienne ne paraît avoir d'influence.

Il faut donc tenir tous ces malades en observation médicale incessante ».

Comme l'ont dit MM. Mairet et Pierron : « M Grasset établit une série de troubles formant un ensemble continu de gravité croissante, comprenant les céphalées, les éblouissements, les vertiges, les crises jacksonniennes et les crises comitiales généralisées. Cet ensemble serait tel que la constatation des premiers termes (céphalées et vertiges) suffirait, chez des traumatisés, pour qu'on redoute l'apparition des phénomènes convulsifs, et que dès lors on garde à l'intérieur, sous une surveillance médicale constante, les hommes dont il s'agit. Or, nous n'avons pas donné, dans des cas de ce genre, la même importance aux céphalées et aux vertiges, et dès lors se pose un problème de conscience ».

Si nous étudions en effet avec le recul de plusieurs années, ce que nous constatons chez les blessés du crâne, nous vo-

yons que les troubles subjectifs et les crises épileptiques sont des manifestations d'ordre différent et surtout, contrairement à l'opinion de Grasset, que la constatation des premiers ne peut, d'une manière certaine, faire supposer l'apparition des seconds.

Voyons à ce sujet notre statistique.

Sur 160 cas nous rencontrons :

Syndrome subjectif	133 fois
Epilepsie	70 fois
Syndrome subjectif sans épilepsie	77 fois
Epilepsie sans syndrome subjectif	14 fois

Ces chiffres ne nous permettent donc pas de conclure comme Grasset.

La lecture des deux observations suivantes sera particulièrement démonstrative et prouvera que dans un cas, 25 ans après le traumatisme, l'épilepsie existe seule; dans l'autre elle existe encore seule 4 ans après. D'un autre côté, les céphalées existent seules 4 ans après le trauma et dans l'autre 15 ans après (Voir observation CCV).

Observation CCIV

(personnelle).

Lob. N. A la suite d'un chagrin amoureux en 1898 Lob se tire un coup de revolver dans la région fronto-temporale droite. Il est emmené à l'hôpital et opéré par M. le Pr Chavannaz. Trépanation, extraction de la balle. Suites opératoires normales. Après quelques mois il reprend son métier.

Grâce aux indications obligeantes de M. le Pr Chavannaz nous avons pu retrouver ce blessé. Lob fait actuellement un métier pénible et bruyant. Il est ouvrier dans une verrerie, à charger et à décharger toute la journée des caisses de bouteilles, qu'il conduit en camion

automobile soit aux différentes gares de Bordeaux, soit dans le département, à destination propre.

Il présente à l'heure actuelle, et cela depuis une dizaine d'années en outre d'une perte de substance importante, déprimée, animée de battements de la région fronto-temporale droite : 1° des crises convulsives qu'il ne sait pas décrire et qui surviennent environ tous les 30 ou 40 jours, toujours la nuit. Il n'en a pas connaissance directement, et c'est son frère qui vit avec lui qui les lui signale. Parfois, morsure de la langue. Au réveil, aucune sensation de lassitude. Aucune céphalée. Il repart au travail comme si rien ne s'était passé.

2° Trois ou quatre nuits de suite, tous les 2 ou 3 mois, il urine inconsciemment dans son lit.

Lob dont le niveau intellectuel n'a jamais été très élevé, est un grand gaillard, travaillant comme tousses camarades, et parfois, dit-il, plus que les autres. Il est vigoureux ! Nous l'avons surpris un jour en plein soleil sur les quais, au moment de son travail, qu'il menait avec l'ardeur d'un bon ouvrier. Il vit depuis très longtemps avec son frère, en très bonne intelligence et jouit dans son quartier d'une bonne réputation.

« Il ne se ressent aucunement, dit-il, de son ancien accident ».

Observation CCI

(personnelle).

Mel... Rob..., 16 ans, demeurant à Bordeaux.

Crises d'épilepsie jacksonnienne post-traumatique avec phénomènes d'hémicontracture.

Entre à l'hôpital dans le service de M. le Prof. Lagrange à la fin de juin 1922 pour kératite gauche. Est transféré dans le service de M. le Prof. Cassaet le 6 juillet étant guéri de sa kératite, mais ayant présenté des crises convulsives du type jacksonnien.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, 44 ans, bien portant. Mère en bonne santé, une sœur morte brûlée, une autre morte d'affection pulmonaire, une troisième morte d'affection inconnue du malade;

une quatrième vivante, 4 frères de 12, 11, 7 et 3 ans, tous bien portants.

Antécédents personnels. — Dit n'avoir jamais été malade.

Histoire de la maladie. — Il y a 4 ans, le 13 mai 1918, l'enfant a reçu sur la tête une plaque de fer (accident du travail) occasionnant la chute avec perte de connaissance.

Transporté immédiatement du « Luxor », bateau sur lequel il travaillait à l'hôpital des enfants, il y arrive dans le coma, sans avoir repris connaissance. Les renseignements fournis à ce sujet par le service de M. le Prof. Denucé sont les suivants :

Etat général des plus graves.

Enfoncement de la région pariétale droite. *Intervention immédiate* par le Dr Papin, chef de clinique : trépanation, affrontement des fragments osseux qui ne ferment pas complètement la boîte crânienne droite drainage.

Quatre jours après, le 17 mai, hémiplegie gauche, respectant la face.

Le 26 juin sort de l'hôpital non guéri de la plaie pariétale où il persiste une hernie du cerveau et des séquestres. La paralysie gauche persiste.

Le 18 octobre 1918 il entre de nouveau dans le service de M. le Prof. Denucé.

La marche est à peu près normale; il persiste un peu de parésie du bras gauche.

La plaie de la tête n'est pas fermée; il reste encore la hernie du cerveau et 3 petits fragments osseux.

Le 26 octobre, ablation des séquestres.

Le malade sort le 19 décembre 1918.

Trois ans après, le 9 avril 1921, il entre dans le service de M. le Prof. Moussous pour convulsions survenues un mois et demi après une atteinte d'érysipèle datant de février 1921 et sur laquelle on ne peut obtenir de renseignements précis, le malade ayant été soigné dans sa famille.

L'observation prise dans le service de M. le Professeur Moussous note que la crise commence par une contracture de la joue gauche, puis les yeux se tournent. Le malade tombe, perd connaissance. Morsure fréquente de la langue; malade pas très agité, pas de troubles des sphincters; pas d'écume aux lèvres. Durée variable. Nombre et fréquence

variables jusque'à trois par jour Après la crise, impression de lassitude durant 2 à 3 heures.

Sous l'influence du traitement par le bromure de potassium, les crises s'espacent de plus en plus. Sort le 8 mai après être resté 15 jours sans avoir de crises.

Chez lui l'enfant cesse toute médication. Nouvelle crise au bout de 3 jours et du 11 au 18 mai deux nouvelles crises.

Le 19 mai après trois crises l'enfant revient à l'hôpital; les crises ont gardé les mêmes caractères.

L'examen montre : bras et jambes, force diminuée; jambe gauche, force paraissant conservée; signe du maquignon; réflexes oculaires normaux à droite, à gauche réflexe à l'accommodation très paresseux. Réflexes radiaux diminués, rotuliens vifs.

Depuis sa sortie du service de M. le Prof. Moussous, l'enfant reste chez lui et ne peut, dit-il, travailler à cause de ses crises; alors qu'entre sa sortie post-opératoire et son entrée dans le service de M. le Professeur Moussous, c'est-à-dire avant l'apparition des crises convulsives, il avait travaillé dans une verrerie.

Comme accidenté du travail, il a touché une année d'assurance. Depuis, sa situation n'est pas réglée et sa mère est à ce moment au tribunal pour s'en occuper.

Examen. — Le malade se présente à nous assis dans une attitude normale. Facies adénoïdien.

Examen local : au niveau de la région pariétale droite et empiétant sur le pariétal gauche et l'occipital, un enfoncement de la grandeur d'une demi main, de forme vaguement quadrilatère dont un côté est curviligne. (ABCD). Le côté AB transversalement étendu, occupe la partie postérieure de l'enfoncement. Il semble suivre à peu près le bord antérieur de l'occipital; ce côté mesure, de A à B, 8 cm. Le point C est situé à peu près au niveau de la suture pariéto-temporale gauche. Le bord BC a 4 cm. Le côté CD remonte en avant et en haut et mesure 3 cm et demi. Le point A est situé à 2 cm à gauche de la ligne médiane. En résumé enfoncement du pariétal droit dans sa presque totalité et du pariétal gauche dans sa partie postéro-interne. Profondeur : deux doigts placés à plat au niveau de l'enfoncement, affleurent juste la surface du cuir chevelu; donc environ deux centimètres.

La peau est en grande partie recouverte de cheveux. Elle est rosée, bien nourrie. Elle bat, mais ne bombe pas. La palpation fait tomber sur une surface relativement résistante, ne présentant pas la dureté de l'os, mais donnant l'impression d'un tissu fibreux solide. On sent les battements synchrones au pouls.

Examen du système nerveux. — Psychisme : l'enfant répond bien aux questions, un peu lentement peut-être, mais d'une manière satisfaisante cependant si on tient compte que cet enfant est espagnol, qu'il n'est venu en France qu'à l'âge de 10 ans et qu'il n'a appris le français que depuis. On lui pose quelques questions élémentaires d'arithmétique et de géographie; il y répond aussi bien que les quelques notions qu'il a apprises à l'école peuvent le lui permettre.

Motilité : station debout normale les yeux fermés ou ouverts, sur un pied ou sur l'autre, peut-être un peu moins facile sur le gauche. Marche normale; cependant l'aplomb sur le pied gauche dure un peu moins que celui sur le pied droit. Signe du maquignon positif.

Mouvements volontaires des membres inférieurs et supérieurs imprécis. Le talon gauche manque le but. De même la main gauche tâtonne avant d'arriver au but; faiblesse musculaire du côté gauche aussi bien au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Mensurations : membres inférieurs : Mollets, G., 28 cm.; D., 29 cm.

Cuisses, (20 cm au-dessus de la rotule), G., 39 cm; D., 41 cm.

Membres supérieurs : avant-bras, G., 20 cm.; D., 22 cm.

Bras, G., 19 cm; D., 21 cm.

Examen de la main gauche. — L'avant-bras gauche est en demi pronation. La supination complète est impossible; les doigts atrophiés, rosés, humides sont fléchis dans la paume de la main. L'extension des doigts est possible, mais elle ne peut se faire que si en même temps les doigts s'écartent les uns des autres; le mouvement de rapprochement des doigts est impossible dans le plan de la main. Les mouvements du pouce sont tous possibles mais difficiles et s'accompagnent de mouvements de préhension qui sont maladroits, tous les doigts n'arrivant pas ensemble à la paume de la main. Les deux dernières phalanges des doigts étant fléchies, le malade ne peut pas garder ses premières phalanges dans le prolongement de ses métacarpiens.

En somme, aucun signe net de paralysie systématisée, mais signes de parésie dans toute la main. (Monoparésie).

Sensibilité : aucun trouble de la sensibilité à la piqure, au tact, à la chaleur. Pas de douleurs spontanées.

Réflexivité tendineuse : rotulienne; à droite, faible; à gauche, exagérée; achilléenne : normale; cubitale, très faible; radiale, très faible à droite, exagérée à gauche; olécranienne, très faible à droite, exagérée à gauche.

Réflexivité cutanée : réflexes crémastérien et abdominal normaux.

Réflexivité plantaire : normale à droite, variable à gauche (tantôt en extension, tantôt en flexion).

Yeux : kératite; pupilles inégales; mydriase à droite, sans atropinisation. Réflexes à l'accommodation et la lumière normaux. Réflexes cornéens normaux. Vue bonne.

Oreilles : audition bonne; le malade entend le tic-tac d'une montre à une quinzaine de cm. des deux côtés; la perception aérienne est meilleure que la perception cranienne. La montre appliquée au vertex est mieux perçue à droite qu'à gauche. Pas de bruits subjectifs.

Odorat et goût : bons.

Examen des divers autres appareils. — Cardio-vasculaire : rien à signaler. Pouls à 80.

Pulmonaire : respiration un peu soufflante au niveau du hile gauche. Pas de signes d'adénopathie trachéo-bronchique.

Digestif : normal.

Urinaire : normal. Ni sucre, ni albumine.

Le 16 juillet, malgré le traitement bromuré, Mel... a présenté vers 7 heures 1/2 du matin une crise avortée consistant en contracture de la commissure labiale gauche avec brouillards devant les yeux, ce qui constitue l'aura habituelle des crises du malade. Cette crise a été évitée par la pression entre le pouce et l'index droit de la région massétérine gauche. Vers 11 heures du soir, nouvel aura, mais apparition si rapide de la crise que le malade a perdu immédiatement connaissance, sans avoir pu essayer de l'arrêter. Au cours de la crise, il urine dans son lit, mais ne se mord pas la langue. Durée de la crise : 1/2 heure.

Le 17 juillet à 3 heures du matin, nouvelle crise semblable. Au réveil le malade ne présente plus rien d'anormal; il se lève et vaque à ses occupations habituelles.

Le 26 juillet Mel... a eu 7 crises convulsives dans la journée et dans

la nuit du 25 au 26, avec les mêmes caractères que précédemment. Ce matin, lassitude, un peu d'abattement; obnubilation légère. Aucun trouble parétique ni psychique, la cicatrice bombe dans sa moitié antéro-interne; elle est animée de battements et douloureuse à la pression.

On fait une injection de sérum glucosé à 9 % (250 cc).

Le 27 juillet l'hypertension du liquide céphalo-rachidien a disparu, la cicatrice est revenue à l'état précédent, c'est-à-dire qu'elle est profondément déprimée. L'état général est très bon; le malade se lève et se prête volontiers au travail de la salle qu'il accomplit normalement et sans fatigue.

Observation CCVI

(personnelle).

G. R. — Passant un jour à T. nous eûmes l'occasion d'examiner un batelier porteur d'une cicatrice frontale. Il se prêta de bonne grâce à notre interrogatoire, et semble avoir apporté dans ses réponses toute la sincérité que comportait une situation imprévue.

G. était infirmier au ^e d'Infanterie. Il fut blessé le 8 mars 1918 au bois des C... par éclat d'obus à la région frontale droite.

Perte de connaissance immédiate.

Trépanation 5 heures après. Issue de matière cérébrale; pas de paralysie, affaiblissement de la vue, 4/10.

Guérison un mois après. Versé dans l'auxiliaire avec gratification 20 %. En 1919 demande sa réforme. Est examiné par le Dr S. Obtient 20 %.

A eu des crises de pleurs survenant sans cause. Irritabilité. Légère neurasthénie disparue aujourd'hui. Eclat extrait.

Actuellement. — Céphalées légères, surtout quand il fait chaud. Ni vertiges, ni perte de connaissance, ni crises; cicatrice linéaire de 7 cm de long, région frontale droite. Perte de substance cranio-cérébrale sans battements, impulsible à la toux et aux efforts, mesurant le diamètre d'une pièce de 0 fr. 50, située en dessous et à gauche de la bosse frontale droite, à 2 cm de la ligne médiane.

En somme : G. fait son métier de cultivateur (et accessoirement de batelier). C'est un sincère, non touché par le délire de revendication. Il n'accuse que peu de troubles. Le syndrome subjectif est réduit à de simples céphalées, d'ailleurs inconstantes. Il est réformé avec 20 % et il se trouve heureux.

Observation CCV

(Cette observation a été publiée en 1902 par M. le Professeur Chavannaz qui a bien voulu nous communiquer des renseignements complémentaires nous permettant de retrouver des nouvelles de ce trépané).

J. Ber. lors de sa présentation par M. le Dr Chavannaz à la société d'anatomie de Bordeaux en 1902 était un homme de 33 ans, qui le 30 septembre 1899, vers 9 heures du soir, est tombé de la locomotive sur laquelle il était monté. On ne sait si le sujet a perdu connaissance; mais soutenu par deux hommes, il a pu rentrer chez lui et ouvrir sa porte lui-même. Un médecin, appelé auprès du blessé, a déclaré qu'il s'agissait d'un accident sans gravité.

Nous ne savons pas exactement ce qui s'est passé ensuite, car le malade était seul chez lui et nous n'avons de détails certains que sur ce qui est survenu depuis le matin du 2 octobre, moment où la femme de J. a pu s'occuper du blessé.

Nous apprenons ainsi que le matin du 2 octobre le sujet, bien qu'ayant conservé toute son intelligence, ne pouvait parler et qu'il s'en irritait fort. Il n'avait pas de convulsions ».

Nous voyons le malade le 4 au matin. « Nous nous trouvons en présence d'un homme fortement bâti, ayant les apparences d'une bonne santé habituelle. Il existe une ecchymose des régions palpébrale et frontale gauches; on rencontre en plus une ecchymose sous conjonctivale du même côté. Au niveau de la bosse pariétale ou plutôt un peu au-dessus, le doigt éprouve la sensation d'une légère dépression; la pression du doigt en ce point est douloureuse. En arrière on voit une petite excoriation du cuir chevelu. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière.

Il y a une paralysie faciale droite peu accentuée. La langue ne paraît

pas déviée; il est vrai de dire que le malade la tire à peine au dehors, ce qui gêne l'examen.

Le blessé comprend tout ce qu'on lui dit; il répond par signes, car en fait de paroles, il ne peut dire que oui, oui, oui, mais, mais, mais. Il s'irrite fort de cette aphasie. Il ne peut pas plus écrire que parler. Il ne trace sur le papier que quelques crochets insignifiants. Au reste le membre supérieur droit est gêné dans ses mouvements; il y a une parésie très nette.

Le membre inférieur jouit au contraire de tous ses mouvements, et il n'y a à ce niveau aucune diminution de la force musculaire.

Le sujet ne relâchant pas ses membres inférieurs nous ne pouvons être fixés sur l'état de ses réflexes rotuliens. Le réflexe testiculaire aboli à droite, est normal à gauche. La sensibilité est parfaite sur toute la surface du corps. Il n'y a pas de convulsions, pas de délire. Le pouls bien frappé, bat 60 fois par minute. La température est de 37°8. L'examen des autres organes est négatif; il n'y a pas de stertor.

Nous préparons le malade pour intervenir le lendemain. La tête est rasée, les conduits auditifs et les narines sont lavés avec une solution aseptique, puis tamponnés avec du coton aseptisé, car nous craignons une propagation d'une fracture de la voûte à la base du crâne. On donne un lavement purgatif.

Le lendemain 5 octobre, l'état est le même; la paralysie faciale a peut-être un peu augmenté. La température, qui la veille au soir était de 37°6, est à 37°2. Nous décidons d'intervenir.

Après quelques précautions antiseptiques d'usage et chloroformisation, nous pratiquons sur la région pariétale gauche, une grande incision courbe à pédicule inférieur. Le périoste récliné, nous nous trouvons en présence de lésions osseuses très étendues. Un fragment du pariétal gauche, de forme irrégulièrement triangulaire et mesurant environ 5 cm. à sa base sur 4 cm. de hauteur, est complètement isolé du reste de la voûte crânienne et légèrement enfoncé. Ce fragment osseux est facilement extrait. En avant du fragment enlevé existe un trait de fracture qui se dirige vers la région orbitaire. Un autre trait se porte du côté de la fosse temporale.

La partie isolée du pariétal ayant été enlevée, on voit qu'il existe au-dessous un épanchement sanguin. Cet épanchement repose sur la

dure-mère; il est formé de caillots sanguins, noirâtres, et mesure seulement quelques millimètres d'épaisseur. L'écoulement sanguin paraît tout à fait s'arrêter au moment de l'intervention. Les caillots sont alors enlevés doucement à l'aide de la curette, et nous allons jusqu'à la dure-mère, dont nous constatons les battements, peut-être légèrement affaiblis; puis le lambeau cutané est rabattu et suturé. Le drain est placé entre la dure-mère et la peau. Pansement stérilisé. L'opération a duré 15 minutes. Au réveil nous ne constatons aucun changement dans les troubles qui ont poussé à intervenir.

Le 6 octobre, la température, qui était la veille de 37°5, mon le matin à 38°3 et le soir à 38°7. Dès le lendemain, elle retombe à la normale pour ne plus s'en écarter.

Le 9 octobre ablation du drain. La plaie est en bon état.

Le 10 octobre, le malade commence à parler; on maintient toujours des tampons aseptiques dans les narines et dans les oreilles.

Le 12 octobre, toute trace de paralysie a disparu. La parole est complètement revenue. On ne trouve pas d'ecchymose au niveau du pharynx ou du voile du palais.

Le 16 octobre, ablation des fils; réunion par première intention.

Le 28 octobre, le sujet quitte l'hôpital. L'état tant local que général est excellent. Dans la zone où manque la voûte crânienne, on voit la peau soulevée par les battements du cerveau. Il n'y a aucun trouble parétique du côté du facial. La parésie du membre supérieur droit a totalement disparu. Au dynamomètre le sujet donne 42 kilos du côté droit, contre 46 kilos du côté gauche; mais il faut remarquer à ce sujet que notre opéré est gaucher.

Cet état excellent s'est maintenu si bien que le blessé a pu reprendre son service, nous avons eu l'occasion de le revoir ces jours-ci et la situation est toujours très satisfaisante ».

« Notre opéré a conservé le bénéfice obtenu, puisqu'il a pu reprendre toutes ses occupations et qu'il ne présente aucun trouble 2 ans 1/2 après l'accident ».

Le 26 juillet 1922, muni des renseignements fournis par M. le Professeur Chavannaz, nous nous sommes mis à la recherche de ce blessé. J. B. qui avait quitté le domicile qu'il occupait en 1899, est décédé depuis le début de la guerre, c'est-à-dire environ quinze ans après sa

blessure. Un de ses amis intimes, que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer, nous déclara :

Depuis longtemps, une douzaine d'années, J. B. ne se ressentait plus de son accident. Il avait continué à exercer son métier. Quelque temps après il avait essayé de changer de service, mais ses chefs le lui avaient refusé, et il était resté dans les mêmes fonctions, jusqu'à ses dernières années, date à laquelle il avait pris sa retraite.

Il se plaignait bien de temps en temps de maux de tête, mais cela ne l'empêchait pas de travailler, ni même « de faire la noce ». Il buvait peu, était resté vieux garçon et en profitait pour passer ses nuits dans des endroits variés. Il est mort d'une maladie des poumons.

En résumé : Fracture de la portion gauche de la voûte du crâne chez un gaucher. Epanchement sanguin intracranien consécutif. Aphasie avec paralysie faciale droite et parésie du membre supérieur droit. Intervention. Guérison maintenue une quinzaine d'années, jusqu'à la mort par affection pulmonaire.

Que penser alors du syndrome atopique de Grasset? Si comme nous venons de le voir, il faut d'un côté pour des raisons pathogéniques et étiologiques, d'un autre pour des raisons de conscience enlever de ce syndrome les manifestations épileptiques? Il ne reste plus que les troubles subjectifs, et le syndrome atopique est ramené à celui que Pierre Marie a décrit sous le nom de syndrome subjectif.

Examinons maintenant le syndrome commotionnel de Mairret et Pierron. Il comprend : « 1° des troubles sensoriels, en particulier des hypœsthésies ou anesthésies concernant toutes les formes de sensibilité — amblyopies, surdités, anosmies, agueusies, anesthésies cutanées et profondes, — et des hyperesthésies particulières (point douloureux névropathique, hyperesthésie vibratoire osseuse, etc.) 2° Des troubles moteurs tels que l'hyperexcitabilité réflexe et les crises convulsives, ou les impotences névrosiques; 3° des troubles vaso-moteurs et splanchniques (comprenant en particulier les céphalées), des vertiges; 4° des troubles affectifs (prédominance des sentiments égoïstes sous la forme de la peur ou de la colère, avec

diminution des sentiments altruistes); 5° des troubles associatifs, comprenant les amnésies d'évocation et les apraxies, dont la mutité est l'exemple le plus commun, l'inertie intellectuelle, la suractivité imaginative automatique (cauchemars hallucinations, délires hallucinaires); 6° enfin des troubles des fonctions d'appréhension (amnésies de fixation, incapacité de fixer l'attention).

Mais ce syndrome commotionnel que MM. Mairet et Pierron ont voulu différencier du syndrome atopique de Grasset ne semble guère en différer si l'on élimine du syndrome de Grasset les crises épileptiformes, et il est identique ou presque à celui qu'avait décrit Pierre Marie.

Doit-on alors englober ces syndromes écrits sous des noms différents par les divers auteurs en une seule et unique description et dans ce cas, quelle épithète lui donner?

La plupart des cliniciens ont résolu la question en nommant indifféremment ce syndrome : subjectif, atopique ou commotionnel. Nous allons essayer de départager ces appellations et examiner à laquelle il semble devoir qu'il faille s'arrêter.

Nous avons dit déjà ce que nous pensons du syndrome atopique; nous avons dit plus loin que le syndrome commotionnel ressemblait au syndrome subjectif. Voyons de plus près la parenté de ces 2 derniers.

P. Marie, quand il a décrit le 6 avril 1915 le syndrome subjectif des blessés du crâne n'a pas dit qu'on le trouvait uniquement chez les individus porteurs d'une blessure crânienne. D'autre part Mairet et Pierron qui, dès le mois de Juin 1915 avaient décrit le syndrome commotionnel n'avaient pas dit qu'il était réservé à ceux qui étaient exempts de blessures céphaliques, et même en 1916 ils convenaient « qu'en établissant les grandes lignes de ce syndrome nous avons montré qu'on le rencontrait chez les traumatisés encéphaliques, moins complet et moins intense en général qu'à la suite des éclatements d'obus ou l'agent pathogène est une variation de pression atmosphérique, et aussi moins pur à cause du mélange de ces troubles avec d'autres, dus à des atteintes locales superficielles ou profondes »,

« En résumé, les symptômes atopiques, manifestations générales d'une lésion organique diffuse, peuvent comprendre des céphalées d'origine inflammatoire, des vertiges épileptiformes, et des crises d'épilepsie symptomatique; mais on ne peut y faire rentrer toutes les céphalées, tous les éblouissements, tous les vertiges, toutes les crises convulsives des traumatisés cranio-cérébraux, car ces traumatisés présentent des céphalées commotionnelles, des éblouissements commotionnels, des vertiges commotionnels, des crises convulsives commotionnelles.; ils sont aussi des commotionnés; et au point de vue de ces derniers accidents, le pronostic est favorable».

Le facteur commotionnel, dans l'apparition des troubles « atopiques » ou « subjectifs » leur semblait donc indéniable.

Nous pouvons avec quelques années de recul qui nous permettent d'examiner et de comparer entre eux les divers trépanés, apporter des faits qui viennent appuyer leur opinion. Ces faits sont de plusieurs ordres :

1^o Les syndromes subjectifs existent dans toutes les commotions. C'est le syndrome commotionnel décrit par Mairét et Pierron que tous les auteurs ont retrouvé. Ce premier point est donc établi. 2^o Le « syndrome subjectif » existe-t-il dans les trépanations sans commotion? Pour répondre à cette question nous avons recherché :

- a) les trépanations thérapeutiques;
- b) les trépanations pour accidents (chute, etc);
- c) les trépanations par armes blanches, ou par arme à feu de la pratique civile (tels que revolver de petit calibre) où la blessure est indépendante de la compression.

Parmi les trépanations thérapeutiques (non compris naturellement les trépanations chirurgicales pour blessure de guerre) les symptômes subjectifs ne sont en général pas notés dans les séquelles s'ils n'existaient pas auparavant. Elles sont par exemple les trépanations pratiquées par Albouker pour certaines formes de vertiges de Menière. Dans l'une de ces observations, on ne trouve aucun trouble subjectif 5 ans après, dans une autre, un an après.

Telles sont celles qu'on pratique dans certains cas d'épilepsie comitiale, ou celles qu'on pratique pour décompresser une hypertension du liquide céphalo-rachidien au cours d'une infection aiguë. Le seul fait de la présence d'une brèche cranienne ne suffit donc pas pour déterminer l'apparition des troubles subjectifs.

Parmi les trépanations pour accidents du travail, l'observation CCI (page 41) est, nous pensons, suffisamment démonstrative. Voilà une grande perte de substance, tant osseuse qu'encéphalique qui est suivie de crises d'épilepsie jacksonnienne et qui ne s'accompagne pas de troubles subjectifs. De même l'observation XXVIII (page 42) G... tamponné par un train n'a aucun trouble et sert dans l'aviation, au milieu du bruit des moteurs, si propres cependant à faire apparaître les troubles subjectifs. Enfin parmi les blessures par armes à feu de faible portée, l'observation de Lob... n° CCIV (page 43) nous donne un bel exemple de plaie pénétrante non suivie pendant 25 ans de troubles subjectifs.

Il semble donc bien que les troubles subjectifs soient d'origine commotionnelle. Ils sont presque constants chez les blessés de guerre, où le facteur commotionnel accompagne toujours l'agent vulnérant. Nous proposerons donc pour les dénommer un qualificatif qui, tout en évoquant la personnalité de ceux qui l'ont signalé les premiers nous semble résumer en même temps leur description et leur pathogénie. Nous l'appellerons « Troubles subjectifs de la série commotionnelle ».

C'est l'opinion de M. J. Lepine et c'était aussi celle qu'avait formulée au xvi^e siècle Ambroise Paré. « C'est la commotion ou esbranlement et concussion du cerveau ».

Fréquence. — Les troubles subjectifs sont très fréquents « Les différents troubles subjectifs indiqués dans le rapport de M. le P^r Marie se retrouvent avec une remarquable constance chez les blessés du crâne » (Claude). Voici quelques chiffres à ce sujet :

Maunoury	85 % après un an.
Villaret	146 fois sur 256
R. Dubois	75 %

Nous l'avons trouvé dans nos observations 133 fois sur 160 cas, soit 83 %

Evolution. — Ces troubles subjectifs apparaissent en général quelques mois après la blessure alors que le trépané est sorti de l'hôpital avec la mention « guéri ». Quand ils surviennent très longtemps après le traumatisme, il faut soupçonner ou une lésion en voie d'évolution ou la sincérité du blessé. Toutefois cette règle n'a rien d'absolu et l'on a vu parfois des troubles apparaître des années après la blessure. Ils s'atténuent en général avec le temps ; souvent la guérison est « à peu près complète ». (Pitres et Marchand) mais souvent aussi ils prennent une forme fixe, définitive avec accès survenant périodiquement.

Nous ne pensons pas qu'on puisse tirer des règles fixes quant au pronostic. Certains comme Grasset ont voulu y voir un présage d'épilepsie, mais de nombreuses observations prouvent que les troubles subjectifs peuvent rester stationnaires sans qu'on ne voie jamais venir de crise d'épilepsie, et que, par contre, ces crises peuvent exister en dehors des troubles subjectifs.

Nous croyons que ce syndrome subjectif peut rester tel quel pendant des années et que le plus souvent le pronostic est bon, étant entendu que nous ne considérons ici que les troubles subjectifs en eux-mêmes, isolés, indépendamment des autres lésions et de la présence d'éclats inclus.

Réalité des troubles subjectifs. — Ces syndromes subjectifs sont-ils réels? Cette question se pose souvent à l'expert, et particulièrement lorsqu'il se trouve en présence d'un blessé qui ne les présente que d'une manière atténuée et comme seule manifestation post-traumatique.

« Le fait que chez tous les sujets la description des sensations qu'ils éprouvent est absolument identique est déjà fort impressionnant » (P. Marie)

D'autre part, ils ont été relatés d'une manière identique par presque tous les blessés du crâne à des médecins divers en des circonstances variées. Il est inadmissible que tous les traumatisés crâniens « se soient donné le mot » pour berner ainsi leurs experts en racontant la même histoire. Et cette histoire est souvent si impressionnante, parfois même si tragique, qu'il faudrait, pour l'inventer, être un psychiatre éminent doublé d'un comédien. Comment douter des récits que nous font ces blessés, dont beaucoup ont dû abandonner leurs occupations antérieures ; comment expliquer qu'un homme intelligent s'abaisse volontairement à des occupations et à une vie d'infirme, en échange de la pension en général minime accordée pour ces troubles ? D'ailleurs on les constate en dehors de tout espoir de pension, chez des gens accidentés par leur faute et qui n'ont rien à attendre de personne.

Et quand un blessé qui souffre se décide au suicide a-t-on le droit de dire qu'il ne souffre pas, parce que nous n'en avons aucune preuve objective. Les deux observations suivantes nous semblent démonstratives :

Observation I

(de MM. Cruchet, Calmette et Bertrand, in *Revue Neurologique*, 1917).

B. 29 ans, renversé le 13 mars 1915 par éclat d'obus, perte de connaissance, petites plaies multiples, rapidement cicatrisées, mais syndrome commotionnel, céphalée, brouillard, vertiges. Grande crise convulsive fonctionnelle classique. B. très inquiet de son état, triste et découragé, pensant ne plus guérir et n'être plus bon à rien, éprouve un soulagement quand on lui dit qu'on va le faire partir sur le front, et que peut être il s'y trouvera mieux. Il part content ; mais a une crise dans les premiers jours avec chute dans un fossé et danger de mort sans secours de ses camarades. Evacué sur l'intérieur. « Notre impres-

sion après ces crises, c'est que sous leur apparence fonctionnelle il y a probablement une épine organique. La chute brusque avec renversement en arrière n'importe où, la dilatation pupillaire, l'état de fatigue et de somnolence consécutives plaident en ce sens ». Nous sommes surtout frappés, des particularités de l'état mental. B... vit isolé dans un coin de la salle. Il ne dit rien, mange machinalement, est sombre, triste; dès son arrivée il nous tend un papier sur lequel sont inscrites succinctement les multiples tribulations dont il paraît avoir été comme le jouet. Ce n'est pas le sujet qui veut tirer parti de son incurabilité. Ce n'est pas non plus le neurasthénique vulgaire qui se perd dans le détail des symptômes qu'il éprouve et des traitements qu'il a subis. C'est un malade qui semble profondément convaincu qu'il est atteint d'une affection grave dont il ne pourra pas guérir. Il le croit d'autant plus qu'il n'a jamais été débarrassé même dans ses meilleurs moments de calme, des phénomènes subjectifs qu'il éprouve toujours, à savoir : cette céphalée tenace, ces visions incessantes de brouillard et de fumée devant les yeux, ces éblouissements, cette photophobie, ces vertiges soudains pendant lesquels il voit les objets qui sont devant lui sauter, voltiger, au point qu'il va comme un homme ivre et qu'il est obligé de s'asseoir ou de s'étendre pendant quelques minutes pour les laisser passer. Aussi il ne paraît plus avoir confiance dans les médecins; il est obsédé par l'idée qu'il restera ainsi toute sa vie, impropre à tout travail, et, en attendant la fin de la guerre condamné à être évacué d'hôpitaux en hôpitaux sans en retirer aucun bénéfice. Cette obsession de ne plus jamais redevenir « un homme » le rend taciturne et inquiet. Il a des cauchemars, de l'insomnie constante. Il paraît d'ailleurs résigné à cet état qu'il supporte avec une sorte de fatalisme sans réaction angoissante ni idée mélancolique véritable.

Trépanation le 12 avril 1917. Tache violette sur l'os en dedans de la bosse frontale droite. Table interne fracturée derrière la table externe intacte. Dure-mère épaisse de 3 mm. faisant corps avec la pie-mère.

Résultats surprenants : disparition des phénomènes et des crises « sa physionomie s'est éclairée. Il est devenu gai, causeur, jovial; il est complètement guéri. Chose curieuse et caractéristique, il ne demande pas mieux que de revenir dans les tranchées où il fera enfin

comme tous ses camarades. Il mange avec plaisir, dort bien. Plus de cauchemars. Il est redevenu selon sa propre expression « un homme comme avant ».

Observation CC

(personnelle).

Sur... H. L. Entre le 27 avril 1922 dans le service de M. le Pr Verger.
Le désespoir d'un blessé de guerre. (Note des journaux).

« Jeudi soir, vers six heures et demie, des employés de l'usine à gaz apercevaient chemin de la P. un homme qui se jetait dans la Garonne. Ils se précipitèrent pour le sauver, mais de lui-même l'individu nageait vers la rive, où ils l'aidèrent à remonter. Le gardien de service dans le quartier, fit conduire le désespéré à l'usine à gaz où il reçut de lui la déposition suivante :

« Je me nomme H... Sur... Je suis agé de vingt-sept ans et je demeure à Tal... Blessé très grièvement à la tête pendant la guerre, j'ai été trépané, et depuis j'ai des maux de tête intolérables. Aujourd'hui souffrant comme un damné, je résolu de me suicider, et je me jetais dans le fleuve. Mais soudain, je pensai à mes parents, et je nageai vers la berge, où des employés de l'usine vinrent à mon secours ».

H. Sur... a été conduit à l'hôpital Saint-André où il est soigné salle 13.

Antécédents personnels : Sur... est né en 1894, a eu une enfance et une adolescence excellente au point de vue sanitaire. Aucune maladie. Constitution physique moyenne.

Est mobilisé en septembre 1914. Part au front en novembre 1914. Séjourne aux armées jusque en septembre 1915, date à laquelle il est blessé par éclats d'obus ayant atteint l'un la région occipitale, l'autre la région lombaire. (En Champagne devant Mas... Reste sur le terrain pendant deux jours, est ramassé par les Allemands. Transporté à Sedan, y séjourne 5 jours, puis est évacué sur Meschede (Allemagne) où il est trépané le 5 octobre 1915. Le blessé nous dit être resté depuis sa blessure jusqu'au mois d'octobre dans un état semi-comateux;

il entendait les paroles qu'on lui disait, obéissait aux ordres qu'on lui donnait, mais sans en avoir exactement conscience, d'une façon toute machinale. C'est, nous dit-il, la raison qui aurait motivé la trépanation qu'il a subi. Guéri rapidement, il sort de l'hôpital une quinzaine de jours après l'intervention.

Il est à cette époque parfaitement bien. Pour ne pas travailler pour les Boches » (c'est sa propre expression), il se fait exempter de service et tire profit de sa blessure, mais il est catégorique aujourd'hui sur ces faits ; il se sentait guéri. Il subsistait cependant un peu de dureté de l'oreille, plus marquée à droite.

Jusqu'en 1917 au mois de novembre, cet état d'euphorie subsistait. A cette époque, apparition de céphalalgies violentes, à localisation occipitale (dans les parties profondes, au niveau de la cicatrice qui elle n'est pas douloureuse) et frontale plus superficielle à ce niveau. « Juste, nous dit le blessé, au-dessus des yeux ». Ces maux de tête durent deux ou trois jours ; la douleur est continue, avec cependant des exacerbations survenant à des moments variables, en particulier quand le blessé s'étendait sur son lit. (sommeil impossible).

Jusqu'à son rapatriement, c'est-à-dire jusqu'en janvier 1919, ces céphalées apparaissent à peu près régulièrement tous les mois, avec les mêmes caractères de durée, d'intensité et de localisation.

Placé au 9^e d'infanterie le blessé demande à être examiné et est envoyé à l'hôpital complémentaire N° 18 à Saint-Genès où il est vu par le Dr de Car... qui constate surtout un état « d'anxiété » et fait hospitaliser à l'hôpital N° 4 (Gd le B.) dans le service du Dr Rau... Là il subit une nouvelle trépanation le 10 avril 1919. Le blessé qui a communication de son dossier a retenu les phrases suivantes du compte rendu de son opération. « On donne 6 coups de fraise Doyien, et on constate un enfoncement de la table interne ». Guéri de la plaie opératoire en 7 jours.

L'examen ophtalmologique de Sur... pratiqué à ce moment montre une grande variabilité dans le champ visuel. Il nous dit que les résultats de cet examen, pratiqué tous les jours pendant une ou deux semaines donnait chaque fois des résultats différents, ce qui, paraît-il, aurait intrigué son médecin et motivé dans une certaine mesure l'examen et l'hospitalisation dont nous venons de parler.

Passe au centre de réforme, et est envoyé en congé au mois d'août 1919. Réformé temporaire pour deux ans.

Depuis cette époque les crises de céphalées augmentent d'intensité et surviennent à intervalles de plus en plus rapprochés. Brouillards devant les yeux. Bourdonnements d'oreilles presque constants. Diminution notable de l'acuité auditive.

Le malade constate une difficulté d'élocution qu'il n'avait pas avant sa blessure. Il a toujours été un nerveux, mais, depuis un ou deux ans il devient très excitable : ni violent, ni méchant, il ne cherche pas, querelle à ses voisins ni à ses camarades de travail, mais il s'emporte et vocifère à propos de rien et lui-même nous dit être classé dans son administration comme une « grande gueule ».

Antécédents héréditaires et collatéraux.— Mère vivante, âgée de 57 ans, tempérament nerveux, sujette aux migraines; bien portante. Père mort à l'âge de 33 ans, à l'hôpital Saint-André, où il serait entré pour folie mystique (il passait sa vie dans les églises). Une sœur bien portante.

Examen du blessé. — Le 29 avril après son entrée, Sur... est couché, semble un peu abattu par son aventure de la veille. Il est en proie à une céphalalgie violente, qui a débuté le samedi précédent, 22 avril. Mêmes caractères de localisations dans les régions frontale et occipitale. Pas ou peu de fièvre. Nausées et vomissements; le dimanche 23 avril, le blessé s'alite; le lundi matin la céphalée a un peu diminué et Sur part au travail; mais 2 heures après il doit revenir chez lui et sera horsd'état de reprendre son service dans les jours suivants. Il se lève et se recouche alternativement essayant par de nombreux moyens de calmer sa céphalée.

Le jeudi la céphalalgie devient de plus en plus violente et tenace. Vers onze heures du matin Sur... part chez un armurier, achète un revolver, a parfaitement conscience de l'acte qu'il a pris la résolution d'accomplir et pour ne pas éveiller les soupçons de l'armurier chez lequel il fait emplette du revolver, lui déclare ne pas avoir besoin de cartouches, l'achetant simplement pour en remplacer un semblable qu'il avait mis hors d'usage au cours d'un démontage. Muni du revolver, Sur... se dirige alors chez un deuxième armurier et fait achat de cartouches; il prend le tramway et se dirige vers le bassin à flot où il arrive vers midi 1/2.

Là, le blessé profitant de l'interruption de travail cherche un coin où il pourra être seul et le trouve sous la forme d'un wagon abandonné. Il monte dedans, charge son revolver, dirige le canon vers sa bouche et presse successivement 3 fois sur la gâchette sans qu'aucun coup n'arrive à partir. Sur... sort le revolver de sa bouche et pour voir ce qui s'était passé presse de nouveau sur la gâchette le coup part. Il remet alors le canon dans sa bouche, appuie de nouveau et... rien ne part.

Cette histoire nous paraissant un peu forte nous avons essayé de vérifier ces faits : le revolver déposé au bureau de l'hôpital est un revolver à 5 coups et non à 6 comme nous l'avait dit le blessé. Les 5 cartouches sont percutees, une seule a perdu sa balle de plomb. L'armurier de la place T... qui avait vendu les balles et que nous sommes allés voir, explique ce fait en disant qu'étant donné le caractère de vétusté du revolver, il avait donné des balles « ad hoc » c'est-à-dire des vieilles balles qu'il avait depuis longtemps en magasin. Sur... lors de l'achat de ces cartouches avait bien mal de tête et l'avait déclaré lui-même à l'armurier mais il riait parfois et, nous dit le marchand, ne pouvait me faire prévoir l'usage qu'il allait en faire.

Un peu dérouté par cette première tentative, Sur..., en proie toujours aux mêmes crises violentes de céphalées, se roule et se couche dans le wagon et ne tarde pas à s'endormir. Il se réveille environ une heure après. Ne sachant que faire, il rôde dans le port espérant que sa douleur serait calmée par cette promenade. Il va de droite à gauche, intéressé un peu à la manière d'un enfant, à tout ce qui se passait autour de lui.

Vers 5 heures du soir, la douleur persiste toujours atroce et Sur... décide de se jeter dans la Garonne, « afin, dit-il de ne pas me manquer, je me rendis dans un restaurant où je fis un petit repas pour provoquer une congestion ». Vers 6 heures environ, près de l'usine électrique, il se jette tout habillé dans la Garonne. Il sait nager, aussi pour se noyer il fait des efforts désespérés en accrochant ses mains à son pantalon; il parvient à couler et absorbe de l'eau; mais l'eau est saumâtre, sale, boueuse; Sur... en éprouve un profond dégoût. Il pense à la longue agonie qui se prépare pour lui, car il a entendu dire que la mort par submersion était longue à venir, il pense à sa mère... et pour toutes ces raisons et peut être aussi par instinct de conservation, il lâche les mains

de son pantalon, crie au secours et commence à nager vers la rive où il arrive quelques minutes après par ses propres moyens, grelottant de froid. Sur... est rapidement recueilli par des ouvriers de l'usine électrique qui l'emmènent et le font conduire à Saint-André où il est hospitalisé ici.

Dès son entrée, on le réchauffe par les procédés usuels : frictions, bouillottes, etc...

Le lendemain matin, persistance de la céphalée; température 37°4; vomissements constants qui persistent toute la journée.

Dimanche 30 avril, état stationnaire.

Lundi 1^{er} mai lorsque nous venons voir le malade et pendant que nous prenons le début de cette observation Sur... est obligé à 4 reprises de nous quitter étant pris de nausées qui très rapidement sont suivies de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Ces vomissements calment momentanément la douleur cérébrale et la font même cesser parfois complètement; mais cet état d'euphorie est éphémère et au bout d'une dizaine de minutes la céphalée reparaît, d'abord légère, puis augmentant progressivement d'intensité, jusqu'à devenir intolérable, provoquer de nouvelles nausées et de nouveaux vomissements et le cycle recommence.

Vers 7 heures du soir diminution de l'acuité et de la fréquence des accès douloureux.

Mardi matin 11 heures, le malade se sent bien, il est levé, nous écoute, et nous répond avec calme. Il fume la cigarette.

Examen: le 3 mai 1922.

Appareil digestif : Appétit bon, digestion bonne; selles normales; ni troubles fonctionnels ni douleurs.

Appareil respiratoire : Pas d'antécédents pulmonaires. Rien à l'examen clinique des poumons ni en avant ni en arrière.

Appareil circulatoire : céphalées; angoisse précordiale aux moments des crises de céphalées; pas d'essoufflements à la course ni à la montée des escaliers. Pouls à 72 bien frappé.

Cœur : normal.

Pression au Pachon : maximum 18; minimum 11.

Appareil urinaire : urines normales en quantité et en qualité; fréquence des mictions normale.

Apareil génital : blennorragie à l'âge de 17 ans, rien à signaler par ailleurs.

Système nerveux: motricité : station debout et marche normales; mais Sur... nous signale un certain degré d'indécision dans l'exécution des divers mouvements (par exemple un peu d'hésitation quand il se met à marcher). Il lui arrive fréquemment dit-il de manquer une marche quand il monte un escalier ou de descendre sur la chaussée quand il marche sur le trottoir. Station debout les yeux fermés: oscillations. Sur un pied fortes oscillations mais le blessé peut retrouver son équilibre.

Sensibilité : normale à la piqure, à la chaleur et au tact. Le blessé reconnaît les yeux fermés les objets usuels qui lui sont présentés. Il nous dit avoir parfois le côté gauche insensible.

Réflexivité tendineuse des deux côtés : réflexes rotulien : un peu vif; achilléen : normal; radial : normal; cubital : faible.

Réflexivité cutanée : réflexes plantaire, abdominal, crémastérien, normaux.

Organes des sens. — *yeux* : vue bonne, troublée parfois par des brouillards surtout aux moments des crises douloureuses et précédant ou annonçant les crises. Surtout marqués à gauche.

Réflexes à l'accommodation et à la lumière normaux. Pas de nystagmus.

Oreilles : Audition un peu diminuée surtout à droite (perforation du tympan). A gauche Sur... entend le tic-tac d'une montre à une quinzaine de cm. et au contact il entend mieux la montre placée à l'entrée du conduit auditif que sur l'apophyse mastoïde. A droite Sur... ne commence à entendre qu'à 5 ou 6 cm. et l'audition est meilleure au contact de l'apophyse mastoïde qu'à l'entrée du conduit auditif.

Odorat : Un peu diminué nous dit le malade. Nez dévié par une fracture ancienne.

Goût : conservé.

Mais les troubles sont-ils obligatoires? C'est l'opinion de certains blessés qui croient pouvoir les accuser et qui partent de cette idée « que toute blessure doit rapporter » et dont la mentalité a été bien étudiée par Laignel Lavastine dans son opuscule « Les accidentés de la guerre ».

Dans une de nos observations où le blessé vient nous dire avant tout examen qu'il est atteint de « suggestif syngrome » il est bien permis de se demander si la leçon ne lui a pas été faite. Et d'un autre côté (voir ob. XXI) nous avons des preuves que ces troubles subjectifs peuvent ne jamais apparaître après un trauma cranio-cérébral. Ces troubles ne sont donc pas obligatoires, constants, ils sont seulement très fréquents.

Quand ces troubles existent seuls, avons-nous des moyens qui nous permettent de croire à la sincérité du blessé? Nous nous plaçons ici dans l'hypothèse où ces troubles existent en dehors de tout symptôme localisé de la série neurologique. Un certain nombre d'auteurs ont décrit des petits signes qui décèlent un trouble de la fonction de telle ou telle partie du système nerveux, et qui ont été constatés chez des individus dont la sincérité n'était pas en doute. Nous en décrirons un certain nombre sans entrer dans leur étude spéciale. Ils portent sur l'examen des différents appareils.

Audition : Epreuve de Weber, ou épreuve de la latéralisation de la perception osseuse.

Epreuve de Rinne ou de comparaison des perceptions osseuse et aérienne. Ce sont des épreuves classiques depuis longtemps décrites.

Examen de l'équilibration :

1^o *Epreuve de Babinski Weil* : on invite le sujet à fermer les yeux après repérage d'une direction donnée et à faire 5 ou 6 pas en avant et autant en arrière, 5 ou 6 fois de suite. Si la direction finale du sujet varie on doit soupçonner une lésion du labyrinthe (mais pas l'affirmer). C'est une épreuve simple à toujours faire subir aux trépanés et aux commotionnés.

2^o *Epreuve rotatoire* : le sujet est placé sur un siège tournant la tête penchée légèrement en avant. Après une dizaine de

tours, on arrête : il se produit de fortes secousses mystagmiques horizontales à droite quand la rotation s'est faite de droite à gauche ; à gauche dans le cas contraire. C'est la réaction chez un sujet normal.

3^o *Epreuve de Moure*. — Elle « consiste à faire tourner autour d'un bâton, la tête plus ou moins penchée en avant et les yeux fermés. Après avoir fait à une allure modérée 5 ou 6 fois le tour de cet axe, le patient doit s'arrêter, ouvrir les yeux et marcher devant lui. C'est le labyrinthe excentrique qui se trouve seul excité par l'épreuve ; le sujet normal au moment de l'arrêt est propulsé du côté de l'arrêt ; le sujet à labyrinthe inexcitable marche droit. Le sujet à labyrinthe hyper-excitable tombe avant d'avoir fait les 4 ou 5 tours ».

4^o *Le syndrome « Chute en statue » de Cestan et Sauvage*. Après quelques tours sur une plaque tournante « le sujet mis debout, pieds joints, est invité à fermer les yeux, après quelques oscillations ou sans oscillations préalables, il s'incline progressivement tout d'une pièce et tombe sans bouger les pieds à la façon d'un livre posé sur sa tranche, à la façon d'une statue, sans se douter de la chute dont il prend seulement conscience au moment où on l'arrête ».

5^o *Epreuve de Cestan, Descomps et Sauvage*. — Elle se compose de 3 temps : a) Epreuve de Babinski-Weil durant 6 va et vient ; b) un tour les yeux fermés et avance et recul, 6 fois de suite ; c) un tour les yeux fermés dans l'autre sens et 6 va et vient.

Chez les sujets normaux : 3 alternatives : ou bien aucune déviation dans les 3 temps, ou bien une déviation au premier temps et rien aux 2 autres ou bien enfin : pas de déviation au premier, une très faible aux 2 autres. Chez le sujet pathologique : on observe le phénomène de la « marche en étoile ».

6^o *Epreuve du vertige voltaïque de Babinski*. « Les électrodes étant placées en avant des tragus, il apparaît générale-

ment entre 3 et 5 milliampères, une sensation de vertige, rapidement croissante, puis, mais non toujours, un nystagmus variable. Enfin avec ou sans rotation du côté opposé, la tête s'incline sur l'épaule du côté de l'électrode positive. S'il y a lésion labyrinthique l'inclinaison se fait du côté de l'oreille atteinte, quel que soit le sens du courant, et il y a généralement augmentation de la résistance, c'est-à-dire élévation du seuil du vertige » (Moutier).

7^e *Epreuve du vertige calorique ou épreuve de Barany.* « Cette épreuve consiste en l'excitation thermique du labyrinthe par l'écoulement d'eau froide ou légèrement dégourdie contre le tympan (à la seringue ou au bock) normalement au bout de 35 secondes environ, ou si l'on préfère, après le passage approximatif de 100 cmc. d'eau, on voit apparaître un nystagmus rotatoire ou horizontal, dirigé vers l'oreille non injectée, persistant pendant au moins 3 minutes. Ce vertige est accompagné de phénomènes subjectifs variables : pâleurs, nausées, lipothymies. Si on recherche ensuite le signe de Romberg, on observe la chute du corps du côté de l'oreille irriguée, le sens de la chute variant avec la position de la tête ». (Moutier)

8^e *Signe du doigt de Barany.* Il consiste en ceci : « normalement on peut après avoir, (les yeux ouverts) saisi de la main le doigt immobile présenté par un expérimentateur, retrouver ce doigt les yeux fermés. Après irrigation de l'oreille, on manque au contraire le doigt de 10 à 20 cm. en général ; la déviation se faisant vers la droite après excitation de l'oreille droite, la main gauche au contraire se portant à gauche du but, après irrigation de l'oreille gauche. *Dans les cas anormaux* l'erreur de localisation fait défaut et le doigt est correctement retrouvé dans l'espace ».

9^e MM. Cestan, Descomps, Euzière, Sauvage ont encore décrit comme épreuve complémentaire celle de la « Marche sous le courant galvanique » qui donne des conclusions analogues.

Examen des yeux : L'examen des yeux peut révéler chez les trépanés des désordres variables tels que :

- 1^o Diminution de l'acuité visuelle.
- 2^o Modification du champ visuel (voir Chap. antérieur sur les troubles visuels).
- 3^o Apparition de troubles asthénopiques ;
- 4^o Inégalité pupillaire par mydriase unilatérale. ;
- 5^o Stase papillaire signalée par Cantonnet ;
- 6^o Syndrome de Claude Bernard-Horner (énophtalmie, rétrécissement de la pupille) ou au contraire exophtalmie.

TROUBLES RADICULAIRES. — Ils consistent en sensations d'engourdissement des membres au réveil, puis de picotements et de fourmillements fugaces.

TROUBLES DES RÉFLEXES. — Souques a insisté sur la fréquence de l'aréflexie tendineuse généralisée chez les blessés du crâne, aréflexie qu'il attribue à une méningite séreuse qui a guéri. Dans d'autres cas nous avons trouvé au contraire de l'hyperactivité tendineuse généralisée.

Réflexe oculo-cardiaque. — Normalement la compression des globes oculaires amène une réduction du nombre des pulsations qui ne dépasse pas 8 à la minute. Le système nerveux modérateur a une légère avance sur l'accélérateur. Ce réflexe a été étudié chez les trépanés par Paul Sainton et Valotere ; 75 % des cas où ce réflexe était troublé, étaient des cas avec phénomènes subjectifs graves : « Dans un cas où les troubles nerveux subjectifs, céphalées, excitabilité nerveuse, tremblements, étaient très marqués, sans qu'il existât aucun signe de lésion organique, le réflexe se faisait avec une telle violence que l'arrêt des pulsations cardiaques était presque complet ».

TROUBLES SYMPATHIQUES. — Les troubles vaso-moteurs sont très fréquents : congestion de la face, bouffées de chaleur. Cet état d'instabilité vasculaire a été bien étudié par Logre et Bouttier qui ont même noté des différences de la tension artérielle entre un membre sain et le membre opposé, siège de

convulsions jacksonniennes. La pression maxima et minima étaient toutes deux augmentées de même que l'indice oscillogrammétrique.

MM. Lortat-Jacob et Convers se sont attachés à l'étude des troubles de la régulation thermique chez les anciens traumatisés de l'encéphale. « L'instabilité thermique est de règle » variant de 36°2 à 38°5, soit, d'une manière constante, soit d'une manière intermittente au moment de la recrudescence des malaises subjectifs. Elle est facilement provoquée par la fatigue, les émotions, la recherche du vertige voltaïque. On s'en rend compte en expérimentant simultanément chez un témoin. Les troubles de la régulation thermique permettent donc de mettre en évidence la réalité des troubles subjectifs, et ceci à tel point disent ces auteurs qu'il paraît exceptionnel que puissent exister réellement les malaises habituellement invoqués par ces malades sans qu'il n'y ait, au moins à un faible degré et par intervalle, des modifications de leur cours thermique.

RÉACTIONS PSYCHOMOTRICES ET ÉMOTIVES. — J. Camus et Nepper ont fait des recherches graphiques qui permettent de constater l'allongement des temps de réaction des trépanés à une émotion soudaine (coup de revolver par ex.) et qui consiste en arythmie respiratoire et tremblements. D'un autre côté O. Veraguth et H. Brunschweiler ont insisté sur le phénomène décourvert par l'un d'eux (Veraguth en 1907. « Quand un sujet est introduit à l'aide de 2 électrodes dans un circuit à courant continu dans lequel se trouve un galvanomètre, indique d'une augmentation de l'intensité du courant, quand le sujet est affecté par des excitations de toute nature, sensorielles-sensitives, ou d'ordre purement émotif ».

Ce phénomène ne se produit pas si l'excitation est portée « sur une région cutanée artificiellement anesthésiée ou dont les nerfs sensitifs ont été coupés, ou sur une région du corps anesthésiée par suite d'une section de la moelle ou par une altération des voies sensitives spinales par tabes, ou syrin-

gomyélie etc... Mais toutes les excitations pratiquées sur des régions normales du même corps agissent sur le psycho-galvanomètre ».

Si donc une région est anesthésiée par lésion cérébrale, l'excitation qui y est portée doit rester sans effet; si elle est seulement hypoesthésiée, une excitation faible restera sans effet, alors qu'on observera une réaction si on vient à augmenter progressivement l'intensité de l'excitation. Les auteurs ont montré qu'une excitation pouvait déclencher une réaction effective, ou tout au moins psychosomatique (le réflexe galvanique en est la preuve) sans entraîner pour cela la perception consciente. Donc ne pas taxer de simulateur un tel individu qui pourrait bien n'être qu'un hystérique.

LA BRÈCHE CRANIENNE ET LES TROUBLES SUBJECTIFS. — Enfin nous nous sommes posés une dernière question qui nous a été suggérée par la lecture des dispositions concernant les pensions ou gratifications à allouer aux blessés du crâne.

Existe-t-il un rapport entre l'étendue de la brèche cranienne et du dégât apparent, et les troubles psychiques? Les opinions sont ici partagées; d'un côté l'opinion des légistes, de l'autre celle des médecins. Il faut bien admettre que le légiste pense qu'il y a une relation directe entre l'étendue de la brèche cranienne et celle des troubles présentés puisqu'il proportionne la pension allouée aux militaires pour blessure en service à la surface de la perte de substance et qu'il maintient la distinction entre la brèche de moins de 5 cm. et celle de plus de 5 cm. Cette législation qui date de 1831 n'a pas été infirmée par la dernière loi de mars 1919.

Entre le légiste et le médecin se place le public. Celui-ci est bien tenté de dire comme la loi. Plus le trou crânien est large, plus la blessure doit être importante; mais son bon sens lui dit aussi que sans doute à égalité de surface, il faudra tenir compte de la profondeur, et que peut-être une blessure étroite et profonde sera plus grave qu'une blessure étendue mais superficielle.

Les médecins sont d'accord depuis longtemps à ce sujet, il n'y a aucune relation entre l'étendue de la brèche et la gravité des trous consécutifs. De nombreuses publications l'ont montré. Nous n'en rapporterons que quelques-unes et nous ajouterons quelques exemples à ceux déjà publiés.

André Gourliau, dès 1915 écrivait à propos de 36 blessés opérés par Leriche dont 33 trépanés : « Les symptômes observés étaient et restèrent les mêmes pour ceux qui n'avaient pas de lésion crânienne apparente, que pour ceux qui avaient été trépanés. On se demande donc, si, comme le pense Leriche, le facteur explosion, n'a pas dans les petites plaies du crâne qui sont en question ici, un rôle traumatisant pour les centres nerveux, aussi important, sinon plus, que le projectile lui-même »,

Ferdinando Cazamelli étudiant 12 cas personnels constate que les traumatismes les plus graves ont les conséquences psychiques les moins accusées et il explique ce fait, en disant que la lésion locale a libéré le cerveau de la contusion généralisée et limité ainsi les dégâts à la zone directement blessée.

C'est encore l'opinion du P^r Déjerine « Lorsque les troubles psychiques persistent depuis longtemps il est très difficile de faire la part de la sincérité et celle de l'exagération. Dans la plupart des cas on ne peut établir aucun rapport entre la fréquence ou l'intensité de ces troubles et le siège ou l'aspect de la brèche osseuse, la gravité de la blessure ».

Duret, de Lille, a montré qu'on pouvait observer des traumatismes crâniens en apparence très graves sans qu'on observe simultanément des phénomènes psychiques marqués. Il s'agit en général de « fracas esquilleux de la voûte, souvent avec dilacérations cérébrales étendues ». « Dans bon nombre des cas, il se fait une décomposition de la violence, selon le parallélogramme des forces, et celle-ci s'épuise dans le déplacement et la rupture des matériaux solides de la voûte crânienne, qui supporte tout le choc : une très faible partie de la violence ébranle les centres nerveux ».

Seydel cite le cas d'un homme qui reçut sur la région parié-

tale gauche un seau en fonte rempli de ciment, tombé d'une hauteur de 4 étages. Ce traumatisme occasionna une fracture esquilleuse très étendue du crâne (15 cm. $\times$ 1 à 3 cm.) et une perte de substance cérébrale (2 cuillerées à soupe, environ). Pas de perte de connaissance; le blessé transporté à l'hôpital donne lui-même les renseignements dont on a besoin. (Hémiplégie avec hémianesthésie).

Baudet présenta un cocher ayant reçu sur la tête l'extrémité d'un brancard de sa voiture, lequel était garni de fer : fracture du crâne, simple étourdissement non suivi de chute; ce cocher était rentré à pied chez lui.

R. Picqué cite de même le cas d'un maçon qui ayant reçu un seau sur la tête d'une hauteur d'un 2^e étage ne perd pas connaissance et se rend à l'hôpital malgré un enfoncement du crâne et une embarrure d'une esquille de 4 cm. $\times$ 2 cm.

De nombreux autres exemples ont été cités, notamment par Marot, Mossé, Auvray et Mouchotte, Leplat et Berthommier.

A côté de ces exemples qui portent sur des traumatismes craniens relativement récents, nous pouvons en citer d'autres où, même après une longue période et malgré un traumatisme grave, on n'a pas noté l'apparition de phénomènes subjectifs ou mentaux. Tels sont les cas suivants choisis parmi nos observations. Dans tous ces cas, on est en présence d'une blessure crânienne souvent même cranio-encéphalique avec perte de substance cérébrale et cependant on ne note pas même la présence de troubles subjectifs.

Observation II

Fre. M. a été blessé le 2 juin 1918 à la région pariétale gauche par éclat d'obus; hémiplégie instantanée. Opéré dix huit heures après on trépane et on extrait l'éclat. Examiné dans les premiers jours de juillet 1919 on trouve dans la région pariétale une dépression de 2 cm. de diamètre et de 1 cm. de profondeur sans battements. Les phénomènes paralytiques sont très améliorés; on note quelques éblouissements. Mais aucun trouble psychique. Pas même de céphalée.

Observation XIII

Gre. L. a été blessé le 25 septembre 1918 par éclat d'obus au bras (fracture de l'humérus gauche et paralysie radiale) et à la région pariétale gauche (monoplégie brachiale droite consécutive). Le 22 juillet 1919 la monoplégie droite a complètement disparu. La perte de substance au niveau de la région rolandique est grande comme une pièce de 2 francs. Quelques céphalées et quelques éblouissements. Troubles trophiques de la main gauche.

Observation XXI

Le sergent Cha. R. a été blessé le 2 novembre 1915 par une balle au niveau du lobule paracentral gauche. Aucun trouble parétique dans la suite. Guérison des accidents locaux au bout de 2 mois. Il a repris son service dans la suite. En septembre 1919 il demande à contracter un réengagement. Il ne présente aucun signe objectif de lésion organique. Seule la perte de substance cranio-cérébrale assez importante rappelle la blessure. Les troubles subjectifs habituels aux trépanés ne paraissent pas subsister et il semble difficile de refuser en temps de paix les services d'un sous-officier qui a été utilisé en temps de guerre postérieurement à sa trépanation.

Observation XXVIII

Gom. P. avait été tamponné par un train en 1915 qui avait causé un enfoncement de la région fronto-orbitaire gauche. Depuis il sert dans l'aviation.

Observation LXIV

Pap. A. a été blessé le 11 mai 1915 par l'éclatement de sa pièce d'artillerie et trépané le même jour. Perte de connaissance de 2 heures sans paralysie. Petit à petit, en 6 mois, s'est installée, une hémiparésie

gauche avec hypothésie généralisée du membre inférieur gauche. Amyotrophie discrète; exagération généralisée des réflexes tendineux, qui sont égaux des 2 côtés, ne s'accompagnant ni de clonus vrai, ni de Babinski. Malgré une fissure osseuse du frontal droit, aucun trouble subjectif.

Observation LXXI

Cu... officier de carrière a été blessé le 2 août 1914 par balle entrée dans la région médiane de la nuque et sortie par la bouche, ayant causé une fracture de la base : perte subite de connaissance, parésie droite transitoire. Reprend du service un an après; présente à ce moment quelques vertiges, quelques céphalées, un peu de fatigabilité cérébrale sans cauchemar. Il part en Orient; est évacué en 1916 pour paludisme; présentait des vomissements du type cérébral sans signe de méningite (soigné à Marseille par le Dr Sicard).

Retourne au front; est de nouveau blessé à la région temporo-pariétale droite par éclat d'obus pénétrant.

Dans le courant de 1920, Cu... présente le minimum des séquelles habituelles aux blessés du crâne sans ouverture de la dure-mère (vertiges, céphalées, fatigabilité cérébrale, enfoncement temporal droit). Il est vraisemblable, en effet, que le cerveau a peu souffert, les accidents parétiques qui ont succédé à la blessure ayant été transitoires et ayant disparu en même temps que la cause de compression. Le taux de l'invalidité est faible et est encore réduit par la sincérité, le zèle et la bonne volonté louable qu'apporte cet officier dans l'accomplissement correct du service dont il est chargé.

Observation CIL

Puc... P. a été blessé en octobre 1917 par un éclat d'obus entré dans la région sus-orbitaire gauche. Perte de connaissance 3 jours. Trépanation et extraction de l'éclat. Guérison en 2 mois. En juin 1922, il présente un syndrome d'astisie-abasie avec impotence fonctionnelle

des membres inférieurs, une hémiparésie gauche, de l'exagération de la réflexivité tendineuse avec clonus rotulien bilatéral et signe Babinski, une hémianesthésie et des manifestations convulsives douloureuses du membre inférieur gauche. Aucun trouble psychique.

Enfin dans l'observation CCI, relatée ailleurs (page 44) on assiste à un délabrement considérable de la paroi crânienne sans trouble mental.

Par contre dans le groupe suivant on verra des blessures scissures nio-encéphaliques ayant très peu lésé la paroi et ayant cependant occasionné des troubles psychiques accusés. Ce sont d'abord les cas de : Guiseppe Borsari où consécutivement à une fracture ancienne du frontal on observe de l'euphorie avec aboulie, la perte de l'attention et un affaiblissement très marqué de la mémoire; puis le cas de Vittorino Desogus : un homme de 60 ans reçoit un coup de serpe sur la tête; immédiatement, hallucinations auditives (les esprits l'accusent de péchés nombreux que Lucifer enregistre); 15 jours après, hallucinations visuelles d'hommes, de femmes, d'évêques; le blessé fait une chute sur les genoux et « à dater de ce jour les facultés mentales ont sombré. « Des hallucinations sont nées des idées délirantes; tout est post-traumatique, l'individu ayant été normal jusqu'à l'accident ».

Parmi nos observations nous citerons les suivantes :

Observation V

Dab... J. fracture de la base du crâne par chute de cheval en 1911. Période de coma avec agitation confusionnelle consécutive nécessitant un internement de 3 mois à l'asile de Maréville (près Nancy) au bout desquels les phénomènes d'excitation diminuent. Réformé temporairement Dab... reste diminué (puérilité, inertie physique et mentale, réponses paradoxales, rires sans motif). Nouvelle crise d'excitation courte durée en 1917.

Le 3 juillet 1919 : agitation confusionnelle avec onirisme, hallucinations

ations, reviviscence de scènes militaires, rêvasserie, désorientation. Réaction méningée discrète (céphalée, Kernig léger) puis atténuation des phénomènes délirants, torpeur physique et mentale, inertie. Dissociation des phénomènes méningés, persistance de la céphalée.

Ensomme, bouffées d'agitation confusionnelle au niveau d'une fracture ancienne de la base du crâne. Dissociation mentale en voie d'évolution.

Observation XXVI

L. G. R. blessé le 28 octobre 1917 par hélice d'avion, fracture de la base du crâne. 5 ans après, vertiges, insomnies, céphalées, fatigue au réveil, dysarthrie.

Observation L

Loi. F. blessé le 7 septembre 1917 par corps étranger reçu à la région temporale gauche alors qu'il était accoudé à la portière d'un train en marche. Fracture linéaire de la paroi fronto-temporale gauche par enfoncement. 5 ans après (1922) on note : céphalées, éblouissements, vertiges, hyperacousie douloureuse, accidents convulsifs généralisés avec équivalents psychiques d'épilepsie sous forme d'impulsions au vol et à la violence.

Observation LXXXIII

Vid. E., perte de substance osseuse fissuraire pariéto-occipitale gauche par éclat d'obus en 1918. En 1922 il persiste : céphalées, vertiges, épilepsie jacksonienne, torpeur intellectuelle, dysmnésie d'évocation, stigabilité cérébrale, dysarthrie et aphasia de dénomination.

Mêmes constatations dans les obs. ICIII et CVI. Une petite perte de substance s'accompagne de troubles très marqués.

Nous concluons donc comme MM. R. Picqué et H. La-

caze « qu'en matière de symptomatologie cranio-encéphalique, il n'y a souvent aucun rapport entre l'abondance et la gravité des symptômes cliniques, et l'étendue des lésions, l'étendue de la brèche crânienne, la présence ou l'absence de corps étrangers inclus ». Ceci n'a rien d'étonnant si l'on considère la variété des projectiles, de leur force vive, des fragments osseux projetés, le facteur commotionnel et émotionnel, les formations cicatricielles et névrogliques consécutives, les lésions destructives et la compensation fonctionnelle toujours possible par rééducation de nouveaux centres, etc...

B) SYNDROMES NÉVROPATHIQUES CHEZ LES TRÉPANÉS

I. — *Neurasthénie traumatique*

C'est en somme l'exagération des troubles précédents sur un terrain prédisposé. On a alors un syndrome constitué par des céphalées, dépression hypocondriaque, syndrome anxieux, palpitations, tremblement, tachycardie, dyspepsie, asthénie avec idées fixes, enfin le plus souvent sinistrose et revendication ».

Nous en avons trouvé 3 cas dans nos observations ou ce syndrome était assez nettement marqué et dans l'un des cas accompagné de surdité (Obs. LXXIII, ICIII et CXXIII).

II. — *Hystérie traumatique*

On a assez souvent, surtout dans les premières années de la guerre, signalé au cours des observations de traumatisés du crâne, l'apparition de manifestations hystériques. Ces manifestations hystériques, assez analogues à celles qu'on observait à la suite des catastrophes de chemin de fer consistaient surtout en phénomènes permanents tels que paralysies, contractures ou algies. Très souvent il s'agissait de phénomènes anesthésiques très rarement de crises.

« L'état mental de ces sinistrés diffère de celui de l'hystérique vulgaire; il appartient surtout à la série neurasthénique. Le fond en est fait d'inquiétude, d'anxiété perpétuelle; les malades, toujours l'air sombre et préoccupé, se plaignent de céphalée, d'insomnie ou de cauchemars, d'affaiblissement de la mémoire ou de l'intelligence; leur caractère devient celui des gens aigris et plus encore peut-être que les neurasthéniques vulgaires, il constituent un perpétuel cauchemar pour leur entourage » (Verger).

Qu'on veuille bien se souvenir de l'observation citée plus haut (page 58) de MM. René Cruchet, Calmette et Bertrand. Nous y voyons un blessé du crâne, triste, désespéré, « malade qui semble profondément convaincu qu'il est atteint d'une affection grave dont il ne pourra pas guérir », qui a présenté une aphonie du type fonctionnel, rapidement guérie et même des crises d'apparence fonctionnelle. Voilà bien un malade atteint d'hystérie traumatique qui répond aux définitions théoriques; oui, mais !... en fait d'hystérie, quand on regarde de plus près, quand on va avec le bistouri au point traumatisé, on y trouve une fracture et après la trépanation tout semble s'être envolé et on s'aperçoit que les crises étaient épileptiques et que les phénomènes mentaux étaient ceux des trépanés.

Dans nos observations beaucoup de phénomènes étiquetés primitivement hystériques étaient en réalité de nature organique. Il nous souvient d'un blessé porteur de symptômes homolatéraux, désignés hystériques, et dont la radiographie ultérieure montra un projectile gros comme une noisette qui était allé se loger dans l'hémisphère opposé à celui de l'entrée. Peut-on affirmer l'hystérie dans ces conditions?

A notre avis, il en est trop souvent ainsi. Le diagnostic d'hystérie est un diagnostic dont il faut se méfier, particulièrement lorsqu'on se trouve en face de blessés cranio-cérébraux.

Est-ce à dire que l'hystérie traumatique n'existe pas chez les traumatisés du crâne? Evidemment non ! sa rareté n'exclue pas sa réalité.

En voici par exemple un cas où ce diagnostic est resté posé après des examens divers par différents médecins.

Observation LXVIII

(due à l'obligeance de M. Mollin de Teyssieu).

Deb. J. B. Blessé le 9 mai 1915 par éclat de grenade. Sa fiche porte : corps étranger implanté dans la table externe du crâne, région occipitale. Trépanation le 19 mai 1915. Pas de fracture de la table interne. Après 3 mois de convalescence il entre de nouveau à l'hôpital avec : une cicatrice très déprimée, non pulsatile; céphalées sus-orbitaires, lancements, insomnies, rêves, cauchemars, vertiges presque quotidiens, surtout quand il marche la tête baissée, brouillards. Dans la station verticale, les yeux fermés : tendance à la rétropulsion; sur un seul pied cette station est impossible. Démarche un peu pesante; pupilles égales, réagissant bien. Pas de troubles moteurs de l'œil. Rien à la langue, le bouche et la face. Sensibilité un peu émoussée. Pas de perturbations du sens des attitudes musculaires; peut faire de la bicyclette.

Repris pour le service auxiliaire le 24 février 1917 est resté 4 jours à son dépôt. L'examen pratiqué le 23 mars 1917 montre : marche en zig-zag peu prononcée, moins accentuée dans la marche en arrière. Station sur un pied impossible. Chute en arrière. Les yeux fermés il est entraîné en arrière, mais rétablit facilement son équilibre; il peut marcher les yeux fermés, il titube mais ne tombe pas. Ses mouvements sont accomplis sans mesure. Lorsqu'il est étendu il lève isolément les membres inférieurs, le gauche un peu moins haut que le droit. Difficulté pour poser le talon gauche sur le droit, les yeux ouverts; n'y arrive pas les yeux fermés. Les réflexes tendineux sont normaux de même que les cutanés. La force musculaire est diminuée dans les 2 membres gauches. *Anesthésie et analgésie* de tout le côté gauche; *anosmie* du côté gauche; *hyperacousie* gauche, *diminution du goût* à gauche; mouvements de latéralité de la langue moins nets à gauche qu'à droite. *Rétrécissement du champ visuel* du côté gauche. Evacué le 15 avril 1917.

Examen le 30 août 1920. Réformé avec 30 %, a été réduit à 20 %.

Il présente: 1° une perte de substance cranio-cérébrale de la région pariéto-occipitale gauche, douloureuse à la pression, animée de battements, impulsible aux efforts.

2° La série de troubles subjectifs habituels aux trépanés.

3° Des accidents convulsifs rares, du type comitial vrai.

4° Des troubles de l'équilibre et de la marche, de la dysmétrie, de l'adiadococinésie peut-être d'origine cérébelleuse.

5° des phénomènes hémiparétiques gauches avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Il s'agit d'une association hystéro-organique dans laquelle les troubles de la sensibilité et une notable part des troubles moteurs sont imputables à cette névrose.

Contre expertise du Dr Dedieu-Anglade le 22 février 1922. L'hémiparésie gauche, les troubles de la marche, de l'équilibre, la dysmétrie ont presque totalement disparu. Ils n'ont jamais reposé sur une base organique, les crises nerveuses sont alléguées, mais je les considère comme inexistantes en tant que manifestation comitiale. Un travail presque régulier est possible. Dès lors le taux d'invalidité qui avait été fixé à 50 % comme faisant état « d'accidents convulsifs du type comitial vrai » symptômes assurément de beaucoup les plus graves de tous ceux qui avaient été notés me paraît devoir être abaissé à 30 %.

D'un autre côté, nous avons trouvé trois observations d'associations hystéro-traumatiques dans la thèse de R. Dubois.

C) LES TROUBLES PSYCHIQUES ÉLÉMENTAIRES.

Nous entendons par là les troubles atténués des fonctions psychiques (mémoire, attention, association des idées, affectivité, humeur, jugement, activité); troubles en général peu accusés et qui doivent être disjoints des troubles psychopathiques proprement dits qui seront étudiés plus loin.

Une étude d'ensemble en a été faite en 1918 par MM. Français et Bessière qui ont employé pour leurs examens la méthode que G. Ballet et Genil Perrin avaient préconisée pour l'étude du fond mental.

1° *Etude de la mémoire.*

a) amnésie lacunaire. On essaie de faire raconter au blessé l'histoire de sa blessure.

« Les circonstances immédiatement antérieures au traumatisme peuvent être parfois intégralement conservées. Le blessé se souvient de la date et du lieu de l'explosion du projectile, il est capable de dire ce qu'il faisait à ce moment précis. C'est aussitôt après le traumatisme que, presque toujours, il perd la connaissance; une lacune totale, s'étendant sur une période de deux, trois ou quatre jours, apparaît dans sa mémoire. Il ne conserve aucun souvenir de son transport, de son arrivée au poste de secours, de son entrée à l'ambulance, des premiers soins qui lui ont été donnés, même s'il a repris connaissance peu après le traumatisme ». Tel ce blessé de MM. Français et Bessière qui ayant tenu, dans les heures qui suivirent sa blessure, une longue conversation avec son médecin, avait tout oublié 3 semaines après et ne reconnaissait plus son médecin.

Lorsque ces traumatisés du crâne donnent des détails précis sur leur blessure, ils le font grâce aux récits de leurs camarades, aux papiers qu'ils ont eu entre les mains et en suppléant parfois aux souvenirs absents par une ébauche de fabulation. Aussi les auteurs précités considèrent l'amnésie lacunaire « comme non susceptible de réparation ».

b) *Amnésie de fixation*. — Un moyen simple de la rechercher consiste à faire lire ou copier successivement des textes différents et à interroger le sujet sur le texte qu'il a lu le premier puis quelques minutes après sur les suivants. Le plus souvent le blessé ne se rappelle même plus le titre de ce qu'il a lu, il en a oublié les détails et ne peut donner aucune précision. « On ne peut rien obtenir de lui » et il vous répond invariablement « Je ne sais plus ». Même si on lui relit les premiers mots, il ne peut se rappeler la suite. Ce n'est donc pas un défaut d'évocation, mais un manque de fixation.

Les sujets eux-mêmes se plaignent de ne rien retenir; « ils lisent et relisent le même journal avec un intérêt toujours nouveau; ils ne donnent pas de nouvelles de leur famille croyant l'avoir déjà fait ou bien le font plusieurs fois de suite ». Et pour suppléer à leur mémoire défaillante, ils inscrivent tout. C'est

le « signe du calepin », noté par Oppenheim. Cette insuffisance de fixation des souvenirs peut donc expliquer en grande partie la dysmnésie des faits récents.

c) *Amnésie des faits anciens.* — Chez les trépanés les souvenirs antérieurs à la blessure subsistent généralement ; il n'y a pas de dysmnésie antérograde. Quand elle existe, la mémoire affective persiste plus longtemps que la mémoire intellectuelle, la loi de régression de Ribot se trouve vérifiée :

L'amnésie progressive va, dans son travail de désagrégation, de l'instable au stable, du nouveau à l'ancien, du complexe au simple. Le souvenir des faits anciens disparaît avant celui des idées, celui des idées avant celui des sentiments.

Sans doute, cette loi semble infirmée quand interrogeant le blessé sur ses souvenirs d'enfance et d'adolescence, il a de la difficulté à se rappeler le nom de son village, ses jeux et plus tard ses affections, mais le plus souvent il n'y a là qu'un trouble passager de l'évocation et si on le met sur la voie, le blessé voit ses souvenirs réapparaître.

Ces divers troubles de la mémoire sont très fréquents, presque constants, ils accompagnent généralement les troubles subjectifs. Nous les avons notés 68 fois, soit 42 % des cas.

2° *Examen de l'attention.* — L'attention spontanée n'est pas troublée le plus souvent. Le sujet vous écoute et répond avec empressement.

L'attention soutenue au contraire l'est beaucoup. On peut mettre ce fait en évidence par un certain nombre d'épreuves dont les deux plus rapides et les plus simples consistent à faire recopier un texte ou à faire exécuter une multiplication. Le texte recopié, qui par conséquent devrait être parfait est parsemé de fautes d'orthographe, même chez des gens cultivés qu'on ne peut mettre que sur le compte de l'inattention ; certains mots sont sautés, d'autres sont changés de place. Dans les multiplications les retenues sont oubliées, bien que le sujet sache qu'il faut les faire et qu'il possède sa table de multiplication.

Oppenheim faisait trier des perles de couleur différente et Gilbert Ballet et Perrin, reprenant le test de Revault d'Allonnes, employaient un damier dont les colonnes horizontales étaient numérotées et les colonnes verticales désignées par une lettre et demandaient qu'on leur montre le carré C3, E1, F7 par exemple. A mesure qu'on pousse l'épreuve plus loin, les réponses d'abord lentes deviennent erronées.

Cette difficulté de soutenir longtemps l'attention peut expliquer en grande partie l'amnésie de fixation.

3° *Examen de l'association des idées.* — Deux caractères sont à rechercher : la cohérence et la rapidité. Il faut d'abord apprécier le niveau social du blessé et son niveau intellectuel antérieur à la blessure et les connaissant poser des questions appropriées. Le sujet raconte des histoires sans incohérence, mais ses associations d'idées sont par contre lentes. « Par la conversation de ces malades nous avons déjà remarqué la difficulté de leurs réponses, la lenteur et la monotonie de leur élocution. Rien de la volubilité, de l'entrain, de la fierté, que sait mettre le troupiier français dans ses intarrissables anecdotes. Mais au contraire, une lenteur qui se manifeste dans tous ses actes ». (Français et Bessière).

Une épreuve simple consiste à faire compter de 5 en 5, ou de 7 en 7 jusqu'à 100 par exemple et de demander ensuite de faire la même opération à l'envers en partant de 100. Cette deuxième partie est en général troublée.

On peut encore, si le sujet à un niveau intellectuel suffisant faire l'épreuve des associations d'idées créatrices de Masselon en demandant de créer une phrase avec un certain nombre de mots donnés ; enfants, leçon, livre par exemple. Le sujet souvent n'y arrive pas ou y arrive après de laborieux essais.

L'association des idées est donc cohérente, mais lente.

4° *L'affectivité.* — Malgré les troubles précédents et leur état de paresse intellectuelle, l'affectivité est ordinairement respectée. Les cas où elle est diminuée sont l'exception et au con-

traire dans la majorité des cas la sensibilité et l'émotivité sont exagérés (Gilbert Ballet et Roques de Fursac). « On voit perler les larmes à leurs yeux à la seule évocation des souffrances, des misères passées, ou au souvenir de leur femme ou de leurs enfants. Le moindre incident survenant dans leur salle les bouleverse ; la vue d'une crise épileptique les met en fuite ; un bruit se faisant entendre à l'improviste les fait vivement sursauter » (Français et Bessière).

On peut encore rattacher à cette hyperémotivité l'apparition des rêves terrifiants, des cauchemars, la reviviscence pendant leur sommeil des scènes de carnage dont ils ont été les témoins ou les acteurs.

MM. Français et Bessière y rattachent encore certains troubles moteurs comme le bégaiement, les tremblements des membres, « les tressaillements survenant par crises à la suite de contrariété, les réactions motrices démesurées à l'occasion de la recherche des réflexes cutanés et même tendineux »

5° *L'humeur*. — L'humeur est en général assez touchée.

D'abord c'est un fond de tristesse, tristesse bien compréhensible quand on veut bien s'imaginer la situation de ces blessés et prendre, par la pensée, leur place, pendant quelques instants. Ce sont, en général, des profanes de la médecine, ils ont « un trou au crâne ». Ils savent qu'ils ont été touchés dans un organe essentiel, dont le fonctionnement leur est inconnu, mais dont ils savent toute l'importance. Ils constatent qu'ils ne sont plus les mêmes qu'auparavant ; autour d'eux, dans leur famille, ou dans leur entourage, on chuchote, au sujet de leur blessure, on se tait quand ils écoutent, on les plaint, et quand on les console, il sentent toute la pitié des mots de consolation. On leur cache quelque chose, ou du moins ils le croient et ce qu'ils savent c'est que ce quelque chose n'est pas à leur avantage. Ils ont peur de ne jamais guérir, tel ce blessé de MM. Cruichet, Calmette et Bertrand (page 58), ils ont peur de ne jamais redevenir « un homme comme avant ».

Aussi conçoit-on facilement qu'avec de telles préoccupations

le trépané soit triste, qu'il s'isole dans un coin pour méditer à son aise sur la gravité de son mal. Veut-il lire, il oublie après quelques minutes ce qu'il a parcouru. Veut-il forcer son attention quand même, au bout de très peu de temps des céphalées apparaissent. Comment dans ces conditions ne serait-il pas triste.

Et son irritabilité ! Elle se conçoit facilement ; c'est un hyper-émotif et c'est un triste, porté plutôt vers une interprétation hypocondriaque des faits qu'il contaste, que vers une interprétation joyeuse et son hyperémotivité a vite fait de transformer en colère les sentiments qu'il éprouve. Il se fâche, il crie, il gesticule, il perd ainsi le fil de ses tristes pensées, et vite épuisé par cette dépense exagérée de ses forces nerveuses, il tombe brusquement dans un état de dépression, sans le plus souvent avoir passé des paroles menaçantes aux actes répréhensibles.

6° *Le jugement.* — Le jugement est jusqu'à présent resté indemne chez nos malades, en dehors des insuffisances constitutionnelles. Il ne semble pas que les troubles de la mémoire et de l'association des idées aient une marche progressive. Ils sont dans la plupart des cas restés stationnaires et même l'amnésie lacunaire a été comblée par des récits concernant cette période. Le trépané vit avec ces récits, les considère comme faisant partie de ses souvenirs propres, il les revit par la pensée et s'imagire les avoir vécus en réalité et, longtemps après, cette amnésie devient très difficile à mettre en évidence. Les troubles intellectuels n'ont donc pas tendance à s'accuser ju qu'à l'affaiblissement psychique.

7° *L'activité.* — Elle est ordonnée et cohérente mais lente et diminuée. « Ce défaut d'activité résulte vraisemblablement de la lenteur des associations d'idées et aussi de l'asthénie physique qui coexiste souvent avec un mauvais état général et de l'amaigrissement ».

Avant le temps l'activité augmente peu à peu et, à mesure

qu'ils ont repris dans la vie civile leurs occupations ordinaires, elle redevient à peu près normale.

En résumé : amnésie lacunaire pour les heures qui suivent la blessure, diminution et fatigabilité de l'attention soutenue entraînant de la dysmnésie de fixation ; lenteur de l'idéation, paresse intellectuelle, hyperémotivité, tristesse, dépression mentale, irritabilité ; tels sont les éléments psychiques de l'ancien trépané ; éléments qui en font un diminué au point de vue mental, sans toutefois constituer une diminution telle qu'il en devienne un psychopathe et qui sont compatibles avec une vie sociale un peu ralentie mais cependant normale.

Nous avons trouvé cet affaiblissement psychique dans 68 de nos observations soit un pourcentage de 43 %.

D) LES TROUBLES PSYCHOPATHIQUES PROPREMENT DITS.

Ils sont rares : « C'est l'exagération des précédents ; c'est l'émotivité malade poussée à l'extrême, c'est aussi l'état mélancolique, dépressif, plus rarement l'état anxieux avec délire d'auto-accusation » Guillaïn et Barré n'en ont trouvé que 43 cas graves sur 6.664 observations de la guerre. Gordon Holmes (cité par R. Picqué) n'en relève en novembre 1917 que 10 cas sur 2.357 blessés. Dans les observations qui ont servi de base à ce travail (obs. du Dr Molin de Teyssieu) nous trouvons 20 cas de troubles mentaux graves sur 152 observations. Nous ne pouvons pas tenir compte, pour l'établissement d'un pourcentage, de nos autres observations, celles-ci ayant été relevées spécialement parmi un nombre total que nous ne connaissons pas. Encore faut-il tenir compte qu'au centre de psychiatrie d'une région on voit tous les cas de troubles mentaux graves, parce qu'ils nécessitent en général une modification du taux de l'invalidité alors qu'on ne revoit plus les trépanés qui ne présentent rien d'anormal ou presque, ceux-ci s'imaginant, à

tort d'ailleurs, qu'ils risquent à une nouvelle visite de perdre les bénéfices de leur dernière expertise.

Dans son rapport à la Société de Neurologie de Paris en 1911, Dupré a montré qu'il n'existe pas à proprement parler de psychoses de guerre. La guerre, véritable épidémie de traumatismes physiques et psychiques, individuels et collectifs, a seulement multiplié certaines formes psychopathiques, coloré certains délires et enfin révélé, par accélération ou aggravation, des psychopathies latentes, ignorées de l'entourage parce que l'affection était encore ou à son début ou fruste dans ses manifestations, ou masquée dans son expression ou ses conséquences par les conditions de la vie civile des malades.

Etudiant l'étiologie de ces psychoses de guerre, cet auteur leur attribue trois causes principales :

1^o le traumatisme :

- a) lésionnel : direct, chirurgical ;
- b) commotionnel : ébranlement
- c) émotionnel : choc moral .

2^o le surmenage : fatigue, inanition, etc..

3^o les infections et les intoxications.

Une seule de ces causes est suffisante si son action est intense chez un sujet normal, ou légère chez un sujet prédisposé.

Chez le trépané qui nous intéresse plus particulièrement, toutes ces causes sont souvent réunies ; chez le trépané de guerre surtout, car nous avons vu que chez le trépané de la pratique civile, les troubles subjectifs même faisaient le plus souvent défaut.

Il en est tout autrement du trépané de guerre qui réunit à la fois le traumatisme lésionnel et chirurgical, accompagné de commotion et souvent d'émotion. De plus chez ceux qui étaient au front un temps assez long avant leur blessure, le surmenage vient ajouter son action aux causes déjà énoncées.

Dupré dans le rapport auquel nous venons de faire allusion proposait en outre la division clinique et médico-légale suivant des états psychopathiques de guerre.

A) Psychopathies aiguës, plus ou moins prolongées, mais régressives et souvent curables.

1^o par lésion cérébrale directe traumatique ou infectieuse :

a) Coma, torpeur, confusion.

b) Onirisme;

c) Troubles diffus de la conscience, de la mémoire, de l'orientation, de l'attention et de l'humeur;

d) Et par association neurologique : épilepsie, paralysie, aphasie, réactions méningées

2^o par commotion ou émotion.

a) Troubles psychiques initiaux analogues aux précédents;

d) Dépression, épuisement psycho-neurasthénique, inertie;

c) Amnésie;

d) Emotivité avec crises anxieuses. Tachycardie.

e) Troubles du caractère, irritabilité, énervement;

f) Associations pithiatiques;

g) Accès maniaques, mélancoliques ou délirants.

B) Psychopathies chroniques incurables, stationnaires ou progressives.

Démence, etc...

Nous n'avons pas adopté cette classification parce qu'il nous a paru impossible, surtout au point de vue médico-légal d'englober dans une même partie les troubles diffus de la mémoire, de l'attention, de l'humeur, troubles en général légers, d'une part et de l'autre les accès maniaques, mélancoliques et délirants. C'est pourquoi nous avons étudié les premiers en un chapitre d'abord et les seconds en un autre chapitre.

Comment classer un individu qui, malgré son syndrome subjectif et ses troubles légers de la mémoire, mène une vie sociale normale, accomplissant ses occupations civiles aussi bien ou presque qu'avant sa blessure et l'aphasique, le déprimé ou le maniaque, par exemple?

Dans cette étude, nous n'avons pas eu l'intention de faire une revue générale de la psychiatrie et d'examiner la possibilité

de l'existence de tous les troubles mentaux chez les trépanés. Pas davantage nous n'avons essayé de voir la physionomie spéciale qu'ils prendraient chez un traumatisé du crâne. Nous avons simplement recherché, parmi nos observations et parmi celles de nos maîtres et de nos amis qui ont eu l'extrême amabilité de nous aider, les cas de troubles mentaux, nous limitant à les rapporter et à les ranger à côté de ceux déjà publiés.

Nous n'avons d'autre prétention que celle d'apporter quelques cas inédits, destinés à contribuer au travail de ceux qui voudront en faire une étude approfondie.

Nous passerons rapidement sur la description des symptômes immédiats, nous contentant de citer à ce propos quelques lignes de notre maître le Dr Hesnard. En général le trépané durant cette phase est à l'hôpital, il peut devenir un délinquant mais la question de sa responsabilité ne se pose pas. D'ailleurs cette délinquance, quand elle existe est minime : le blessé est gardé soigneusement, souvent même isolé et elle est pratiquement impossible.

Le syndrome clinique du trépané récent (traumatisé du crâne) est alors le suivant :

« En dehors des symptômes imputables au choc moral qui accompagne très souvent les chocs physiques, les contusionnés peuvent présenter des troubles psychiques immédiats (les symptômes psychopathiques tardifs étant dus en pareil cas, à l'éclosion de troubles mentaux banaux ou d'étiologie complexe, comme l'auto-intoxication secondaire). Ils succèdent à une perte de connaissance plus ou moins complète allant depuis la simple obnubilation avec état vertigineux jusqu'au coma prolongé (lequel dans certains cas peut se terminer par la mort).

Dans la grande majorité des cas, le malade ne présente que des symptômes somatiques (céphalées, vertiges, symptômes neurologiques avec une légère obnubilation psychique et une amnésie généralement absolue lui faisant perdre le souvenir de l'accident. Mais, dans certains cas, dans ceux où il y a

eu un ébranlement de toute la masse corticale, le malade ne se réveille de son coma que d'une manière incomplète, et présente, quelquefois durant de longues semaines, *une psychose confusionnelle d'apparence organique*.

Le malade ne recouvre pas sa conscience du milieu quoiqu'il puisse avoir repris suffisamment d'activité intellectuelle pour agir et pour répondre à quelques questions, de façon d'ailleurs décousue et comme au hasard. Il est désorienté parce qu'il n'arrive pas à retrouver sa puissance d'identification des objets et des lieux. Il n'a pas vraiment de répugnance à l'effort, comme le confus émotionné, mais ses associations psychiques s'effectuent en plein désordre, d'une façon dissociée : il confond une idée ou son expression avec une autre et répond « de travers ».

« Quand le malade recommence à vivre l'existence ordinaire, il conserve une lacune amnésique du choc et de la période le précédant, immédiatement parfois compliquée de troubles amnésiques portant sur le passé antérieur. Mais la dysmnésie de fixation est à ce moment relativement modérée ».

Le désordre des associations psychiques, ci-dessus signalé, s'accompagne fréquemment de symptômes dysgnosiques, dysphasiques et dyspraxiques, dont le tableau clinique que nous venons d'esquisser n'est en somme qu'une généralisation à toutes les fonctions intellectuelles.

Les états qui ressemblent à certains troubles psychiques consécutifs aux ictus organiques sont assez graves. Ils peuvent laisser sur l'intelligence des traces définitives (amnésie, diminution de la puissance de travail et de compréhension, troubles affectifs, caractérisés par des altérations du caractère et de l'humeur, sensiblerie et instabilité). Ils peuvent s'accompagner, bien entendu, de symptômes de localisation (hémiparésie, etc...) en rapport avec des lésions banales en foyer : hémorragie méningée ou corticale, zone de ramollissement traumatique, lésions nerveuses contusionnelles des noyaux gris, etc. »

TROUBLES PSYCHOPATHIQUES ACCIDENTELS

1^o TROUBLES PSYCHOPATHIQUES, ACCIDENTS TRANSITOIRES OU CURABLES.

a) *Troubles psychopathiques accidentels d'origine traumatique vraie; confusion mentale traumatique.*

C'est un syndrome psychique post-traumatique caractérisé par de la torpeur intellectuelle, une absence presque totale d'idées, avec impossibilité de coordonner et d'apprécier les sensations perçues, sans trouble émotionnel.

Au point de vue symptomatologique on observe des troubles profonds du jugement; le blessé n'a pas conscience de son état. Son regard est étonné, égaré; le facies hébété. L'idéation est profondément touchée, complètement incohérente. On observe de la confusion dans les perceptions. Le malade ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent, et les choses qui l'environnent. Il est désorienté dans le temps et dans l'espace. Son attention est impossible à fixer. La mémoire est, elle aussi, très altérée, la fixation et l'évocation des souvenirs ne peut se faire, les perceptions étant altérées.

On a peu, jusqu'à présent, observé ou signalé de formes dépressives de confusion mentale traumatique. La forme prédominante est la forme agitée, avec activité désordonnée, agitation, logorrhée, menaces, impulsions motrices, colère, euphorie, terreur se succédant parfois rapidement. Les illusions et les hallucinations sont fréquentes, (délire onirique du Pr Régis, de même que les troubles de la personnalité).

L'évolution est variable. En général la crise d'agitation confusionnelle survient dans les jours qui suivent la blessure, plus rarement elle apparaît longtemps après (obs. n^o LXXVI). L'accès peut être unique ou multiple; on observe dans ce cas

des bouffées d'agitation confusionnelle espacées par des intervalles plus ou moins éloignés.

Il subsiste en général un état mental un peu affaibli consistant en torpeur cérébrale, somnolence ou légère excitation, avec cauchemars, rêvasseries, lenteur de l'idéation, parfois impulsions.

La confusion mentale est assez fréquente après les traumatismes cranio-cérébraux. Tous les médecins de la zone de l'avant en ont observé pendant la guerre. Marchand dès le début de 1916 en avait rapporté 6 cas. Dans 2 de ces cas, la blessure avait été immédiatement suivie de sensations agréables; dans les autres, la confusion s'accompagnait de torpeur, de somnolence, entrecoupée de courts moments d'agitation confusionnelle. Le sommeil semblait normal mais était presque continu; ni le bruit ni la voix ne réveillaient les blessés; il fallait les secouer pour les tenir éveillés et certains de leurs aspects rappelaient à Marchand la somnolence de la maladie du sommeil.

Babonneix et Brissot ont rapporté un beau cas de confusion mentale chez un trépané en 1918.

Nous en avons nous trouvé un certain nombre de cas dont nous rapportons quelques-uns à la suite de celui de Babonneix et Brissot que nous reproduisons.

Bouttier dans sa thèse en 1918 en rapporte toute une série

Observation

Blessure de guerre. Confusion mentale avec amnésie antérograde post commotionnelles. Cachezie marquée. Guérison.

(Babonneix et Brissot, *Revue Neurologique*, 1918).

J... Paul soldat au ...^e d'artillerie lourde, entre dans le service le 14 août 1917 venant de l'hôpital de... Il a été blessé grièvement le 26 juillet à son poste de batterie. Dirigé tout d'abord sur un centre chirurgical, il est porteur de blessures multiples (par éclat d'obus) de la tête et de la lèvre supérieure, de l'avant-bras gauche qui est frac-

turé et enfin de la région sacrée. Il est évacué trois semaines plus tard sur un service de psychiatrie en raison des troubles mentaux qu'il manifeste.

Voici l'état qu'il présente alors : Accès confusionnel très marqués, désorientation complète dans le temps et dans l'espace. Se figure être en Angleterre et donne novembre 1917, comme la date actuelle. Prétend avoir été blessé en décembre 1915.

Amnésie antérograde massive : Le malade n'a aucun souvenir des circonstances dans lesquelles il a été blessé. Il ne se souvient pas davantage de son séjour récent à l'hôpital de... ni de la remise qui lui a été faite dans cet établissement de la Médaille militaire. Les souvenirs anciens sont partiellement conservés. Il existe chez J... un état de dépression avec torpeur intellectuelle, et lenteur extrême de l'idéation ce qui rend l'interrogatoire très pénible. Il présente en outre un peu d'incohérence des propos : « Il aime mieux, dit-il, se savoir sur le sol français, qu'à droite ou à gauche ».

Pas d'idées délirantes, ni de troubles hallucinatoires, mais seulement de la subagitation.

Nous avons noté les symptômes physiques suivants : Pâleur et bouffissure de la face; aspect cachectique; alimentation difficile. Plaie complètement cicatrisée ou en bonne voie de guérison. Appareil plâtré à l'avant-bras gauche. Ecchymoses nombreuses sur les bras, les cuisses et les jambes. Exagération des réflexes rotuliens. Lenteur de la réaction pupillaire à la lumière et à l'accommodation.

Un peu d'hyperesthésie généralisée. Ebauche de Babinski, spontané et provoqué du côté gauche. Pas de clonus.

29 août. — Il y a 8 jours environ que l'accès confusionnel s'améliore. Le malade s'oriente maintenant de façon parfaite, dans le temps et dans l'espace. L'amnésie disparaît aussi peu à peu mais lentement. J... ignore toujours comment il a été blessé. Cependant il commence à se souvenir des noms de ses camarades, qu'il avait complètement oubliés, mais ne peut se rappeler celui de son capitaine et de deux aspirants. Il persiste également un peu d'amnésie rétrograde, qui se rapporte à des faits antérieurs de quelques jours à l'accident.

L'état général redevient bon, et le sujet commence à marcher. Celui-ci est surpris de voir épinglée à la tête de son lit, la Médaille militaire,

et s'en montre fort réjoui. L'alimentation est devenue normale.

J... n'a pas d'antécédents héréditaires, son père serait décédé de mort violente à l'âge de 30 ans. Sa mère qui approche de la soixantaine se trouve en parfaite santé.

Pas de stigmates d'alcoolisme chronique. On note cependant un léger tremblement fibrillaire labio-lingual, le malade avouant avoir fait autrefois quelques excès de boisson, alors qu'il était gargon de café.

Pas de leucoplasie, buccale; le sujet nie la syphilis.

A peu près complètement rétabli mais toujours amnésique (amnésie antérograde), il passe en chirurgie le 8 septembre 1917.

Observation V

(déjà publiée page 76).

Observation XXII

Des... J... parti au front en 1914 est blessé le 20 août 1917 en la région occipitale; n'a pas perdu connaissance. Mais a eu un peu de confusion mentale légère. Il est âgé de 36 ans, marié, père de deux enfants. Il n'a jamais été malade étant jeune. Aurait eu du paludisme pendant son service militaire.

Examen au mois d'août 1919. Perte de substance osseuse complète de la grandeur d'une pièce de 5 francs de la région occipitale, animée de battements et impulsive à la toux. Des... présente un très léger degré de torpeur, des céphalées légères mais pas de vertiges. Il se plaint simplement de ressentir des douleurs au niveau de sa blessure lors des efforts, de la toux, des bruits violents et des émotions.

Aucun trouble de la motilité volontaire, des réflexes, de la sensibilité objective, de l'équilibre et du langage. Ni vertiges ni troubles visuels, ni accidents convulsifs. Sommeil troublé de cauchemars. Pas d'affaiblissement net du fond intellectuel. Pas d'idées délirantes ni de trouble psychosensoriel. Il existe cependant de la lenteur de l'idéation; le malade paraît distrait; les associations d'idées se font lentement.

Observation LXXVI

Lab... J. blessé le 9 octobre 1915 par éclat d'obus dans la région temporaie gauche, a perdu connaissance, mais ne peut dire combien de temps. Trépané le soir même de la blessure (la dure-mère n'a pas été ouverte chirurgicalement mais la radiographie a montré la présence d'un éclat inclus. Commotion labyrinthique).

Retourne à son dépôt en avril 1916 où il présente encore à ce moment quelques petites oscillations du corps, dans la station debout pendant l'occlusion des yeux; surdité du côté gauche; tremblements fins des extrémités; vertiges survenant quand il est fatigué; céphalées.

Le 3 décembre 1919 il revient à l'hôpital en demandant une pension et il est porteur d'un certificat médical constatant l'apparition depuis sa démobilisation d'une bouffée d'excitation confusionnelle liée peut-être à une cause toxique surajoutée et qui s'est complètement dissipée. On ne constate plus à cette époque qu'un léger tremblement de la langue, des troubles subjectifs de la série commotionnelle, un peu de torpeur cérébrale traduisant un léger déficit intellectuel. L'éclat métallique n'a pas été enlevé.

Observation IC

Dul... J. a présenté des accidents aigus du type confusionnel en 1918 à la suite d'un traumatisme cranien grave (enfonceement de l'occipital droit). Il s'est retrouvé dans un hôpital en Italie sans savoir pourquoi il y était venu. Il est resté un mois triste « ayant perdu les idées ». Il présente encore en 1920 un caractère triste, un état psychasthénique très discret et des troubles subjectifs tels que : céphalées vertiges, éblouissements, dépression de l'humeur.

Observation CIX

Gai... H. après une blessure de la région pariétale reçue en septembre 1918, ayant été suivie de trépanation a présenté une période de confusion dont il ne subsiste rien en 1920 sauf les troubles subjectifs habituels aux trépanés.

Observation LVI

Fou... J. blessé le 5 avril 1915 par balle, région frontale. Perte de connaissance avec paralysie du côté gauche. Guérison progressive. Mais a présenté un état d'excitation psychique qui a nécessité son internement pendant 2 ans à L...

Il présente en 1920 : une perte de substance osseuse de 4 cm X 2 cm., à la région frontale ; des troubles subjectifs de la série commotionnelle ; un reliquat hémi-hypoesthésique gauche très discret sans trouble parétique associé ; des accidents convulsifs du type jacksonnien, un déficit intellectuel évident masqué par un léger degré d'excitation psychique.

Observation CXI

Len... F. blessé par balle entrée région médio-frontale gauche, sortie région pariéto-occipitale droite, a présenté une période d'excitation confusionnelle.

En 1921, il subsiste : une large perte de substance de l'écaille pariétale et une plus petite de la bosse frontale, toutes deux animées de battements spontanés, douloureuses à la pression, impulsibles aux efforts ; la série des signes subjectifs habituels aux trépanés ; une hémiplégie gauche avec contracture ; des accidents convulsifs sans caractère jacksonnien, des troubles psychiques, sous forme de déficit intellectuel léger, altération discrète du langage articulé, crises d'exaltation violente, impulsion aux réactions violentes et délictueuses.

Invalidité de 100 %.

b) *Troubles psychopathiques accidentels apparemment traumatiques. Délire*

En dehors du délire onirique accompagnant certains épisodes aigus (poussées méningées, abcès, etc...) de l'évolution des blessures cranio-cérébrales, nous n'avons pas trouvé d'idées délirantes.

Hallucinose traumatique

Nous n'avons pas trouvé dans nos observations d'hallucinoses traumatiques. Lereboullet et Mouzon en ont cité un cas en 1917. Vittorino Desogus en a publié un autre en 1919 (rapporté page 76). D'autres auteurs (P. Kahn, Benon et Lefèvre, etc) en ont trouvé, mais chez des traumatisés du crâne sans lésion osseuse. Nous n'avons donc aucune idée de leur fréquence; ce que nous pouvons dire, c'est qu'ils sont assez rares. Nous en avons trouvé deux observations dans la thèse de Dubois.

2° TROUBLES PSYCHOPATHIQUES, ACCIDENTS DÉMENTIELS

a) La démence traumatique

C'est un affaiblissement chronique et incurable de toutes les facultés intellectuelles, mémoire, attention, jugement, association des idées, survenu à la suite d'un traumatisme, plus particulièrement d'un traumatisme cranio-cérébral.

Si comme certains auteurs (Verger) on admet que la démence comprend « tous les degrés, depuis la simple torpeur psychique, qui se manifeste simplement par la lenteur et l'incertitude des opérations mentales les plus simples, sans altération profonde du raisonnement, jusqu'à la démence profonde, dans laquelle tout le psychisme étant pour ainsi dire supprimé, les seules fonctions réflexes subsistent, faisant du dément réduit à la vie végétative une manière de mort parmi les vivants », presque tous les trépanés seraient des déments. Nous ne pensons point qu'il faille appliquer à la démence traumatique ces considérations qui s'appliquent à la démence organique. Aussi nous ne comprenons dans la démence traumatique que l'affaiblissement global profond du psychisme et nous établirons la limite, un peu arbitraire, de cette démence à l'aide d'un critérium sociologique. Le dément sera celui dont les troubles sus-

énoncés auront entraîné l'impossibilité d'une vie sociale normale.

Ainsi compris le dément traumatique est rare parmi les trépanés. Nous n'en avons trouvé qu'un cas parmi nos observations (160) n° XXVII. Nous en avons trouvé deux autres dans le service de clinique neuro-psychiatrique de M. le Pr Abadie. Babonneix et Brissot en ont publié un cas, il y a 4 ans.

Observation XXXIV

(due à l'obligeance de M. le Professeur Abadie).

Mous. — 36 ans, infirmier. Entré le 12 décembre 1919.

Le malade est amené à l'hôpital Saint-André, venant de l'hôpital Saint-Nicolas. Il ne répond à aucune des questions qu'on lui pose. Sa femme, vue le 14 décembre 1919 nous a fourni les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une fluxion de poitrine. Mère morte d'un cancer du sein. Un frère très bien portant; une fille de 5 mois en bonne santé. Aucun trouble mental connu chez les ascendants et collatéraux.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours joui d'une santé très robuste. Opéré d'appendicite à 17 ans. S'engage à 18 ans et reste 5 ans aux colonies où il aurait contracté les fièvres. A son retour est employé comme infirmier à l'hôpital Lariboisière. A cette époque : mastoïdite aiguë opérée. A toujours eu un caractère très gai. Pas d'éthylisme.

Histoire de la maladie. — S'engage le 24 septembre 1914 comme brancardier dans la légion étrangère. Blessé le 4 mai 1918 : plaie de la voûte crânienne par éclat d'obus. Trépanation à l'ambulance du front, puis envoyé en convalescence à l'hôpital de Nogent-sur-Marne. Les résultats immédiats de l'opération sont excellents et le malade rentre chez lui le 19 juillet. (Perte de substance crânienne de la région bipariétale au niveau de la suture sagittale, en arrière de la zone paracentrale).

Du 19 juillet au 29 octobre 1918, il reste dans sa famille. Pendant cette période, il a des crises de céphalées très douloureuses, apparaissant à intervalles très variables, et durant en moyenne une journée. Il éprouve en même temps des vertiges (obligé de s'appuyer pour ne

pas tomber). Malgré cela, il ne présente, à cette époque, aucun trouble mental; pas de changement de son caractère. Il était même question pour lui d'entrer comme encaisseur dans une banque.

Le 29 octobre 1918, part pour Lyon pour s'occuper de sa réforme.

Le 16 novembre, il écrit une lettre très sensée.

Le 23 novembre, sa femme reçoit la visite de gendarmes lui apprenant que son mari est porté déserteur. Il est impossible de savoir, ce qui s'est passé entre les dates du 16 et du 23 novembre 1918. Puis le malade est retrouvé (on ne sait pas dans quelles conditions) et il est interné à l'asile de Brou, où sa femme le voit le 4 décembre 1918. Il est alors couché, très agité, maintenu par des liens; parle beaucoup, changeant constamment de sujet mais ne dit pas de choses déraisonnables. Peu à peu son agitation cesse et le 17 avril 1919, il est transporté à l'Asile de Cadillac. Là son amélioration s'accroît. Il se lève, est employé dans une section de travailleurs. A toujours des crises de céphalée douloureuse, mais raisonne très logiquement (écrit des lettres très sensées, s'intéresse à la grossesse de sa femme).

Le 28 octobre, son état continuant à s'améliorer, il sort de Cadillac et rentre chez lui et pendant une quinzaine de jours ne présente aucun trouble anormal.

Voici, à ce sujet, un extrait du registre des placements d'office tenu à Cadillac en exécution de la loi du 30 juin 1838.

Mons... Mar... etc...

Admis le 16 avril 1919

Le 17 avril 1919. — Certificat de 24 heures. Présente un état mental caractérisé par des idées délirantes puériles de grandeur, d'honneur, de persécution, d'hypochondrie. Il n'est pas certain que ce malade présente des troubles psychosensoriels, la suggestibilité est très accusée, l'humeur tout à fait instable. Il existe en outre de la paresse de la réflexivité irienne, un léger embarras de la parole, une blessure du crâne avec enfoncement de l'os ayant provoqué une hémiplegie avec contracture.

A maintenir

D^r Ducos.

Du 1^{er} mai 1919. — Certificat de quinzaine. Présente un état d'excitation maniaque, caractérisé par de l'humeur instable; des propos

abondants et incohérents, une vive agitation motrice. Des idées délirantes de richesse, d'honneur, de l'inégalité pupillaire avec paresse de la réflectivité irienne font redouter l'évolution d'une paralysie générale. Il existe une blessure du crâne avec enfoncement et des troubles parétiques au niveau des membres gauches.

A maintenir

Dr Ducos.

Sorti à titre d'essai le 29 octobre 1919, suivant décision préfectorale du 24 octobre 1919. Sortie définitive le 27 novembre 1919.

A partir du 11 novembre sa femme commence à constater l'apparition des désordres intellectuels qui depuis n'ont pas cessé. Le malade est énervé, et son caractère se transforme; il devient sombre, triste, a sans raison de brusques crises de larmes. Puis il lui arrive, en l'absence de sa femme, d'aller à la fenêtre et, à chaque passant qu'il aperçoit, de dire : « C'est elle; la voilà ». Pourtant, n'a jamais fait de chute, jamais de perte de connaissance, jamais de convulsions. Jamais non plus de crise de violence. Il est toujours très doux pour son bébé qu'il semble beaucoup aimer.

Le 20 novembre 1919, ces désordres intellectuels s'accroissant, le malade qui n'est pas encore réformé est amené à l'hôpital militaire. Il est soigné par le Dr de Teyssieu, qui constate de la contracture assez marquée du membre supérieur droit, son bras et son avant-bras maintenus contre sa figure dans l'attitude de quelqu'un souffrant de la tête. Pousse de petits cris. Raideur de la nuque, ébauche de Kernig. La ponction lombaire donne les résultats suivants : pas d'hypertension, pas de lymphocytose, mais *hyperalbuminose*.

A ce moment, le malade ne semble plus reconnaître les personnes qui l'approchent, ne prononce plus une parole. On ne peut le nourrir qu'avec des liquides.

Dans ces conditions le Dr de Teyssieu demande d'urgence sa réforme et le transfère à l'hôpital Saint-André le 12 décembre 1919.

Certificat médical d'admission au Pavillon d'observations psychiatriques de l'hôpital Saint-André.

« Présente un état de stupeur avec mutisme, négativisme, refus d'aliments. Il était il y a peu de temps dans un asile. J'estime que cet

homme est dangereux pour lui-même et qu'il doit être placé dans un asile spécial ».

Signé: D^r Verger, Bordeaux, 20 décembre 1919.

Certificat d'internement (Médecin inspecteur des aliénés de la Gironde).

« A été atteint de troubles mentaux caractérisés par un état de confusion mentale profonde avec stupeur complète, résistance oppositionniste généralisée, tendance aux attitudes catatoniques simulant la contracture des membres supérieurs (surtout du côté droit), impossibilité de l'alimentation, état fébrile (38°8), accélération du pouls, ascension thermique et tachycardie progressives, pas de signes cliniques de méningite, pas de symptômes de lésion cérébrale en foyer, mais : réactivité tendineuse exagérée, diminution des réflexes pupillaires, incontinence des sphincters.

Mort en hyperthermie le 29 décembre 1919 à 9 heures du matin. Les troubles mentaux paraissent être la conséquence éloignée d'une ancienne blessure de guerre (Plaie cranio-cérébrale, trépanation) et être en évolution progressive depuis le mois de décembre 1918. Il aurait été interné à cette époque à l'asile de Brou à la suite d'un délit militaire (désertion) et transféré à l'asile de Cadillac d'où il était sorti en novembre 1919.

Signé : D^r Abadie, 29 décembre 1919.

Observation CCVII

(due à l'obligeance de M. le Professeur Abadie).

Poin... L... 25 ans, cultivateur, admis au pavillon d'isolement de l'hôpital Saint-André à Bordeaux à la suite d'un certificat du D^r Petit de C... (Gironde) en date du 13 janvier 1920, ainsi conçu :

« Poin... est atteint de crises épileptiques presque continues (trépané de guerre). Il ne jouit plus de la plénitude de ses facultés; peut, d'un moment à l'autre devenir dangereux, pour ses voisins et se trouver dans le cas d'être dirigé d'urgence sur l'asile d'aliénés de Cadillac ».

Une enquête faite par M. le Maire donne les renseignements suivants recueillis d'un voisin : « Mme Poin..., ma voisine, m'a appelé à plusieurs reprises à son secours, car dans bien des circonstances, elle se trouvait

impuissante à maîtriser son fils au cours des crises qui le prenaient. Celui-ci se retournait contre sa mère et probablement, sans le secours des voisins, lui aurait fait un mauvais parti. Il grinçait des dents, claquait des doigts, riait, levait les bras et avait tout à fait l'allure d'un dément. A mon sens, ce pauvre garçon est complètement déséquilibré et il y a lieu, pour éviter des malheurs qui pourraient se produire, d'un moment à l'autre, de prendre les mesures nécessaires en vue de son hospitalisation ».

Le 12 février 1920, le veilleur de nuit a prévenu la sœur que le malade « avait eu une crise d'épilepsie » durant la nuit (vers 2 ou 3 heures du matin). Il l'aurait entendu « pousser un cri » et aurait vu des mouvements convulsifs.

A l'heure du déjeuner, la sœur, présente dans sa chambre, trouva le malade étendu, la face congestionnée et même cyanosée par places, la respiration légèrement stertoreuse, en contracture généralisée en flexion. Pas de mouvements cloniques. Petite morsure de la langue. Pas d'urination. On couche le malade qui, quelques temps après, sortit de cet état de contracture pour prendre un aspect légèrement figé et obnubilé, les yeux vagues, le facies atone, hébété. Il accepta l'assiette et la cuiller du déjeuner, mais mangea, sans soin, sans initiative, lentement, mit 1 heure et demie à avaler les 3/4 de son potage, se bornant à obéir automatiquement aux injonctions répétées de manger.

Evacué le 13 février 1920 sur l'asile de Cadillac à la suite du certificat d'internement du Dr Abadie, médecin inspecteur des aliénés de la Gironde :

« Est atteint de troubles mentaux caractérisés par un affaiblissement manifeste des facultés psychiques, diminution considérable de la mémoire, surtout des faits récents, dysmnésie d'évocation, troubles de l'associations des idées, désorientation légère, lacunes grossières du jugement, niaiserie habituelle des propos, humeur satisfaite avec sourires béats, impossibilité d'une occupation régulière, accomplissement presque automatique mais ordonné des actes instinctifs. Manifestations épileptiques fréquentes, crises convulsives espacées ou subintrantes, équivalents psychiques avec gesticulation automatique ou actes de violence et de destruction. Etat général assez bon. Ces troubles mentaux sont consécutifs à une plaie cranio-cérébrale, grave, de la région tem-

poro-pariétale gauche, consécutive à une blessure de guerre, reçue en juin 1917, ayant nécessité une trépanation et ayant provoqué sa réforme militaire en septembre 1918. Ces troubles mentaux sont de nature à compromettre l'ordre public et la sécurité des personnes.

b) *Pseudo paralysie générale traumatique*

On a décrit sous ce nom deux ordres de troubles : d'abord des cas de démence traumatique à cause de l'analogie de certains de leurs caractères avec ceux de la paralysie générale progressive, ensuite des cas de paralysie générale progressive véritable mais dont l'éclosion avait été favorisée par le traumatisme. Les premiers ont été décrits avec la démence traumatique, les seconds le seront plus loin.

II. — TROUBLES PSYCHOPATHIQUES CONSTITUTIONNELS
OU ASSOCIÉS.]

Psychoses post-traumatiques où le traumatisme cranien intervient comme cause occasionnelle.

Ce groupe de psychoses ne constitue pas à proprement parler un ensemble de troubles uniquement post-traumatiques. Il comprend des psychoses d'ordres différents mais qui ont entre elles ce caractère commun qu'elles peuvent, en quelque sorte, exister chez un individu à l'état latent et qu'elles n'attendent qu'une occasion pour se manifester et cette occasion, variable d'ailleurs, est dans le cas qui nous intéresse fournie par le traumatisme cérébral.

Dans ce groupe, nous ferons entrer : le réveil de psychoses héréditaires (mélancolie, manie (etc.), et l'apparition, accélérée de psychose acquise (psychoses alcooliques, démence précoce, paralysie générale).

Nous n'avons rien trouvé au sujet du réveil de mélancolies ou de manies; par contre, nous avons quelques observations

où le traumatisme est associé à l'alcoolisme, à la démence précoce, et à l'hystérie.

Psychoses alcooliques. — Alcoolisme et traumatisme

Sur un fond chronique alcoolique qu'on reconnaîtra aux signes classiques (Tremblement des mains et de la langue, douleurs dans les jambes à la pression des masses musculaires, hyperesthésie cutanée plantaire, inégalité pupillaire, cauchemars terrifiants, atrophie des sentiments altruistes, diminution du sens moral, affaiblissement de la volonté, etc...) le traumatisme cérébral va pouvoir déclencher des troubles épisodiques variables :

1^o psychose confusionnelle presque exclusivement amnésique avec confabulatoire légère, : psychose polynévritique.

2^o Psychose hallucinatoire.

3^o Accès de delirium tremens.

Nous n'avons pas observé de ces faits : nous rapportons une observation de R. Dubois et une des nôtres où il y a coexistence d'alcoolisme et de traumatisme.

Alcoolisme et fracture du crâne, (obs. publiée dans la thèse de R. Dubois).

Soldat H. J. 34 ans. Fracture de la région frontale droite à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade orbitaire près de la ligne médiane, légère dépression avec impulsion à la toux (le soldat ne peut dire quand il a été blessé).

5 juillet 1917 : hémiparésie gauche. Réflexe rotulien gauche exagéré. Autres réflexes normaux. Réflexe cutané plantaire indifférent. Légère tendance à la flexion combinée de la cuisse et du tronc gauche ; vertige voltaïque ; inclination unilatérale gauche : rotation ; pôle positif à droite : va en arrière ; pôle positif à gauche : inclination.

Examen des yeux. Dr Moreau, service du Dr Morax. Amblyopie toxique avec scotome central (éthylisme). Fond d'œil néant. Diplopie homonyme. Pupille droite déformée sans synéchie. Champ visuel normal. Léger tremblement, pas d'autres signes d'éthylisme, pas de

cauchemars, pas de pituite. Gros troubles intellectuels, ne répond pas ou répond de travers aux questions qu'on lui pose, sa parole est traquante. On lui demande s'il a mal à la tête : « Je transpire et je ne suis pas bien, c'est lourd et puis ça me fait mal. J'ai mal à la tête quand je voyage comme ça ».

Il ne peut donner aucun renseignement précis ni sur la date de sa blessure ni sur ce qui s'est passé depuis : accidents qu'il a présentés, où il est allé, etc. On lui demande son âge « Je suis de la classe 1903 », mais on ne peut lui faire dire son âge. — Etes-vous marié ? Oui ma femme est avec... il s'arrête cherche et dit : Les Boches. (Sa femme est en pays envahis). — Avez-vous des enfants ? — Oui. — Combien ? Je ne me rappelle plus. — Leur nom ? J'en sais pas. — Quel âge ont-ils ? Je ne sais pas. — Avez-vous leur photographie ? Non je n'ai rien. — En quelle année sommes-nous ? Après avoir cherché un moment il dit 1916. — En quel mois ? Juillet. — En quelle saison ? Au printemps. — Comment au printemps ? Oui — Le mois de juillet est au printemps Je ne sais pas. — Comment faites-vous pour rentrer chez vous ? Il y a quelqu'un qui vient au train. — Où cela ? A Franconville (c'est l'endroit où il habite). — Mais d'ici où allez-vous ? D'ici je demande ; on me dit de prendre le métro c'est tout droit. — Et puis ? Après je descends à la gare du Nord ? — Ensuite ? Je demande mon train. — Pourquoi vient-on vous chercher à la gare de Franconville ? Je ne sais pas. — Pourriez-vous vous retrouver là-bas ? Oui. C'est toujours tout droit. — Qu'est-ce que vous faites ? Une petite course de temps en temps. — Pourquoi parlez-vous mal ? Il y a des moments que je cherche mes mots je ne les trouve pas, je cause difficilement. Calcul. Est incapable de faire une addition même très simple comme 10 plus 4 par exemple. Il peut lire lentement, mais s'arrête aux mots difficiles. Il écrit son nom correctement d'une écriture un peu tremblée.

Les seuls symptômes d'éthylisme sont les signes oculaires. La mémoire est troublée. Le déficit intellectuel est marqué, mais M. Babinski conclut :

Il est difficile de dire dans quelle mesure les troubles intellectuels sont sous la dépendance du traumatisme et celle de l'intoxication.

Observation LXVII

Rou... P..., 37 ans, cultivateur. Blessé le 20 mars 1915, région pariétale gauche. Large perte de substance. A perdu connaissance. Aurait été paralysé. Actuellement, Rou... qui arrive en état d'ivresse présente :

1^o Une large perte de substance cranio-cérébrale de la région pariétale gauche; animée de battements, siège d'adhérences cicatricielles.

2^o Une héli-parésie droite respectant la face.

3^o Une héli-anesthésie droite du type cortical (respectant la face).

4^o Une série de troubles subjectifs habituels aux trépanés, tels que céphalées, vertiges, dysmnésie, instabilité, éblouissements, etc...

5^o des ictus apoplectiformes périodiques suivis d'exagération des troubles parétiques.

Rou... aggrave nettement ces accidents par de fâcheuses habitudes éthyliques. Il est néanmoins un grand blessé du cerveau, pratiquement très diminué, et exposé pour l'avenir aux complications les plus graves. Réformé avec 50 %.

SYPHILIS ET TRAUMATISME CÉRÉBRAL.

Dans ces cas la blessure cranio-cérébrale et la commotion interviennent en créant un « locus minoris resistentiae » qui préparera le terrain à la syphilis. Nous n'avons pas d'observation de paralysie générale progressive chez nos trépanés. R. Dubois a rapporté un cas d'association de méningite syphilitique et de blessure crânienne. Nous n'en avons pas trouvé dans nos observations.

DÉMENCE PRÉCOCE ET TRAUMATISME

On a parfois constaté leur coexistence et même certains auteurs (Verger) donnent parmi les causes occasionnelles de la démence précoce, le traumatisme cérébral. On peut donc mêm

me dénommer cette forme : démence précoce traumatique. Nous en avons un cas dans nos observations et dans ce cas particulier le traumatisme et ses compagnons de guerre (surmenage, émotions) semblent bien responsables du déclenchement de cette démence, apparue vers l'âge de 25 ans.

Voici d'ailleurs les faits :

Observation XVIII

Jea... F... était âgé de 22 ans à la déclaration de guerre et exerçait avant son incorporation le métier de tailleur de pierres. Il a été blessé à la tête en 1915. On ne sait pas par quoi. Fait prisonnier, il est rapatrié en 1917 pour troubles névropathiques. A sa rentrée en France, il est interné d'abord à l'asile de Brou, puis à l'asile de La Rochelle.

Remis à sa famille, sur la demande de cette dernière, le 29 mars 1919, il est réhospitalisé de nouveau le 25 juillet de la même année, la famille ne pouvant plus assurer sa surveillance.

Il présente à cette époque : de l'inertie physique et mentale, de l'indifférence affective et émotionnelle, des réactions inadéquates, des sourires stéréotypés, de la négligence de la tenue. Pas d'idées d'indignité mais quelques idées de persécution.

La maladie est déjà ancienne. Il s'agit de démence précoce à forme hébéphrénique, peut-être même hébéphrénique délirante, si l'on tient compte des quelques idées de persécution. C'est une maladie mentale d'allure constitutionnelle qui a été déclenchée par un traumatisme de guerre.

Le malade n'est pas, dès à présent, incurable, mais offre cependant peu de chances de guérison. Les troubles qu'il présente sont de nature à le rendre dangereux pour l'ordre public. Il y a lieu de le réformer et de l'interner à l'asile de Cadillac.

Nous n'avons pas observé de catatonie à la suite de trauma du crâne.

DEUXIÈME PARTIE

La Responsabilité du Trépané

Le trépané, rendu à la vie civile et utilisé en tenant compte de règles hygiéniques particulières à son cas, mène une vie sensiblement normale. La question de sa responsabilité se pose donc assez souvent.

A) LA RESPONSABILITÉ CIVILE.

Nous voulons parler des accidents ou des fautes professionnelles commis par le trépané. Nous en avons une observation, mais cette question de responsabilité civile n'a pas été posée. Il démontre simplement la possibilité de ce problème que nous n'avons pas à résoudre, la responsabilité civile étant uniquement du domaine juridique.

Observation CCIX

(due à l'obligeance de M. le Docteur Aubry).

S. né le 20 septembre 1880, mécanicien, caractère toujours difficile; excès alcooliques précoces. Reçu à l'Ecole des Arts et Métiers de C., en est expulsé pour indiscipline et violences sur un surveillant; contracte un engagement dans la flotte, boit beaucoup, s'amuse et est

souvent puni. En 1899 reçoit, de sa maîtresse, un coup de revolver au niveau de la région temporale droite. Le projectile serait resté incrusté dans le plancher crânien sans causer de troubles neuropsychiques immédiats, au point que S. a pu continuer son service. C'est seulement, un an après qu'il a dû être réformé à la suite de névralgies et de céphalées. Entré à la compagnie de l'Est, tout en continuant à mener une existence de débauche (femmes et alcool), il est révoqué en 1906 pour faits de grève. Travaille ensuite pendant 18 mois comme conducteur d'un cylindre à vapeur. Ne supporte pas les trépidations de la machine et au bout de 18 mois, entre à l'hôpital de N... où une opération pour extraire le projectile est restée sans succès. Il reprend son travail dans divers ateliers et commet toute une série d'actes délictueux : abus de confiance et escroqueries. En 1909 est conduit à Paris par sa famille et examiné par le Dr Sicard, qui conseille une opération chirurgicale. M. Ombredanne pratique 3 interventions; large trépanation avec extraction du projectile, puis 2 interventions sur la V^e paire pour remédier à des névralgies intolérables; finalement la gasserectomie aurait été exécutée, et les névralgies ont cessé. Le malade se trouve si bien qu'il entre dans un garage comme conducteur d'automobile; il se lie avec une femme; boit, développe des habitudes de morphinomanie contractées à la suite de ses opérations. En 1914, il entre à M... après examen médico-légal de M. P. Parisot, à la suite d'une escroquerie. Peu à peu cependant, des accidents d'épilepsie jacksonnienne puis d'épilepsie généralisée se déclarent. Après 3 mois passés à M..., en 1914, il s'engage dans les services automobiles, mais est réformé définitivement 6 mois après, *après avoir eu une crise d'épilepsie au volant et lancé son automobile dans un fossé.*

Depuis, il travaille irrégulièrement sans garder de situation nulle part. En juillet 1921, il est de nouveau arrêté pour abus de confiance. Examiné et placé à l'asile d'aliénés de S..., il profite d'une demi-liberté qu'on lui avait laissée pour voler et vendre du matériel.

Etat actuel. — Large perte de substance s'étendant au niveau de la région temporale droite sur 8 cm de hauteur. Battements crâniens perceptibles, paralysie faciale gauche totale, fines trémulations musculaires de ce côté; sensation d'engourdissement au niveau du bras et de la jambe gauche. Anesthésie de la région sus orbitaire.

Transféré à M. en mai 1922, il n'a pas depuis cette date présenté d'accidents convulsifs. Niveau intellectuel et aptitude professionnelle conservés; lucidité; conscience entière des actes frauduleux qu'il a commis. Troubles subjectifs (céphalées, sensibilité au bruit) moyennement accusés. Tendance à boire et à tromper, moralité complaisante.

B) RESPONSABILITÉ PÉNALE

Que faut-il penser des trépanés au point de vue de la responsabilité pénale? C'est à cette question complexe que nous nous efforcerons de répondre.

L'opinion courante, l'opinion du public, est que le trépané est un individu dont on peut tout attendre au point de vue mental et il est tout disposé à le considérer comme un fou au sens que le code pénal donne à ce mot.

La genèse de cette croyance est basée sur les trépanations d'autrefois et nous nous expliquons : jusqu'à une époque relativement récente, pour le public, trépanation était synonyme d'opération très grave faite sur le crâne « in extremis » et on lui appliquait cette boutade fameuse prononcée jadis à propos de la fièvre typhoïde : « on en meurt ou on en reste fou ». Dans les années qui ont précédé immédiatement la guerre, la trépanation était devenue plus fréquente; mais si on se reporte à l'aperçu historique du début de ce travail, on voit que, même parmi les médecins, les indications opératoires n'étaient pas complètement fixées et que le pronostic en était resté très sombre.

On nous reprochera peut-être de tenir un trop grand compte de cette opinion populaire, mais le public élit les députés et les députés font les lois. Or la médecine légale a pour but justement d'éclairer les législateurs et les juristes chargés de l'application des lois.

Sans doute cette opinion populaire a été peu à peu délaissée à mesure qu'on a vu s'accroître le nombre des trépanés et qu'on a pu se rendre compte « de visu » que la plupart d'entre

eux menaient une vie normale. Mais les avocats ne se sont pas privés pour la défense de leur client de faire ressusciter cette vieille opinion, d'en tirer parti et, ainsi, d'obtenir des jurés, envers et contre toutes conclusions des médecins experts, un acquittement ou une atténuation de peine injustifié du point de vue médical.

D'ailleurs, dans la loi d'amnistie de 1921, nous trouvons :

« *Art. VII.* — Amnistie pleine et entière est accordée pour toute infraction prévue par les codes de justice militaire pour les armées de terre et commise avant le 11 novembre 1920, lorsque son auteur, aura été, antérieurement à l'infraction atteint d'une blessure, intéressant le crâne ou le cerveau ou lorsqu'il aura été avant la même date réformé pour troubles mentaux.

De même sont amnistiés les militaires qui, après l'armistice, et après le décret du 6 mars 1919, se sont livrés à des actes de commerce ou à des actes réputés tels, sans autorisation, dans les territoires occupés, et qui ont encouru des condamnations à l'emprisonnement avec ou sans sursis et n'excédant pas 6 mois ».

Nous nous sommes renseigné auprès de M. A... capitaine-rapporteur au conseil de guerre de la ^{me} région qui nous a dit que pour toute affaire antérieure au 11 novembre 1920, si l'individu accusé était trépané, « ipso facto » les poursuites étaient arrêtées.

On voit donc qu'il y a eu dans l'esprit du législateur un reliquat de cette croyance dont nous parlions tout à l'heure puisque, au milieu de sa loi d'amnistie (dont les trépanés avaient par ailleurs le droit de bénéficier comme tout autre soldat), il a pensé à réunir en un même article : les blessures cranio-cérébrales et les troubles mentaux.

Nous avons recherché pour les étudier des trépanés délinquants. Nous aurions voulu consulter une à une les annales de la criminalité et y rechercher ceux qui nous intéressent aujourd'hui. Nous n'avons pu le faire, faute de temps. Nous nous sommes donc adressés à nos maîtres et à un certain nombre

de médecins spécialisés dans l'étude de la médecine légale et de la psychiatrie. Parmi eux nous citerons MM. les professeurs Verger, Abadie, Parisot; MM^r les D^r Hesnard, Perrens, Molin de Teyssieu, Lalanne (de Maréville) Briand, Delmas (d'Ivry), Potet, Aubry, Hamel, Morin. Evidemment, nous n'avons pas eu trace de tous les trépanés, bien loin s'en faut, mais nous en avons eu un lot suffisant pour nous permettre, croyons-nous, de tirer quelques déductions au sujet de leur responsabilité. Nous avons en outre consulté un certain nombre d'ouvrages déjà publiés pour tâcher d'augmenter notre terrain d'études.

Qu'avons-nous trouvé? D'abord des cas où l'individu, atteint de troubles psychopathiques graves, était en état de démence au sens de l'article 64 du C. P. Ceux-là ne nous retiendront pas. Nous voulons envisager au contraire, les cas où la responsabilité est douteuse, ceux pour lesquels on parle de responsabilité atténuée.

Voyons donc nos rapports médico-légaux. :

Expertise Médico-Légale N° I. Affaire Mic. . .

(Dûe à l'obligeance du D^r de Teyssieu).

Nous... commis... à l'effet d'examiner le soldat Mic... L., du 1^{er} Régiment d'Infanterie inculpé de refus d'obéissance sur un territoire en état de guerre et de répondre aux questions suivantes :

1^o Mic. jouit-il de la plénitude de ses facultés mentales ?

2^o Est-il responsable de ses actes ?

Après avoir prêté serment, consulté diverses pièces du dossier et examiné l'inculpé à la prison militaire où il est actuellement détenu, avons résumé, dans le présent rapport, le résultat de notre mission.

Antécédents et faits. — Mic., est actuellement âgé de 31 ans. Il a successivement exercé les professions de cultivateur, de maçon, de terrassier, et d'infirmier dans les hôpitaux de Paris. Il est marié, n'a jamais eu d'enfants. Ses père et mère sont morts, l'un d'une « lithiase vésicale », l'autre de bronchite. Il a un seul frère qui est actuellement aux armées. Pas de maladies de l'enfance. Il aurait reçu à l'âge de 5 ans une pierre lancée par un camarade qui aurait occasionné une blessure de

la région frontale ayant par la suite longuement suppuré; il n'en existe plus de traces. Il fréquenta l'école jusqu'à 11 ans; il a une instruction très rudimentaire. De 11 à 18 ans il travaille à la campagne puis vient à Paris. Vers l'âge de 20 ans il aurait eu une otite moyenne suppurée à droite ayant entraîné la formation d'un abcès du cerveau nécessitant une trépanation temporale en 1916. Classé service armé en 1905 il est ajourné, obtient plusieurs sursis pour maladie, est réformé en 1908 pour otite chronique droite. Il reprend son métier de maçon qu'il abandonne bientôt pour celui d'infirmier. Classé dans le service auxiliaire en 1914 avec mention trépanation, il est incorporé le 16 mai 1915 à la section des infirmiers. Le 20 février 1916 il est versé dans un régiment d'infanterie et mis à la disposition de la poudrerie de B. comme terrassier. Le 23 février 1916 se fait porter malade trouvant son travail trop pénible; le médecin major chargé du service estime qu'il n'est atteint d'aucune maladie, et qu'il doit travailler. Le même jour, sur ordre du Lieutenant directeur des travaux d'effectuer une corvée, il refuse d'obéir et persiste après lecture du code de Justice militaire. Il est incarcéré et traduit devant le Conseil de guerre sous l'inculpation de refus d'obéissance sur un territoire en état de guerre.

Son casier judiciaire fait mention de trois condamnations pour infraction à la police des chemins de fer et vagabondage. Il a encore deux punitions de 8 jours de prison pour absence illégale, et pour usage d'un faux certificat alléguant une maladie de sa femme en vue d'obtenir une permission. Il avoue quelques excès d'alcool sous forme de vin et d'apéritifs.

II. Examen. — Mic., se présente à nous d'une façon correcte, sa tenue est sans désordre, son attitude paraît gênée. Il se prête à l'interrogatoire mais ne répond qu'avec réticences aux questions qu'il comprend facilement. Au point de vue physique, il paraît jouir d'une bonne santé, sa musculature est fortement développée. Il n'existe aucune tare viscérale appréciable, les voies digestives sont saburrales, il n'accuse pas de pituites. Il existe un peu de tachycardie d'ordre émotif. La motilité volontaire n'est pas troublée. L'équilibration est parfaite. Les réflexes rotuliens sont vifs. La réflectivité oculo-papillaire est paresseuse. Il existe un tremblement marqué des extrémités du type toxique. La sensibilité objective est conservée. Il accuse des crampes

ans les mollets. Il se plaint de ressentir de temps en temps de violents maux de tête le rendant incapable de travailler. Ces céphalées, dont il nous précise mal les caractères, seraient liées à son otite chronique. Il n'a jamais eu de crises de nerfs. Le sommeil est agité et troublé de cauchemars. L'oreille gauche ne présente rien d'anormal. L'oreille droite serait le siège d'un écoulement purulent intermittent. Nous ne l'avons pas constaté lors de notre examen. Il n'y a aucun signe de mastoïdite actuelle. L'écaille du temporal a été trépanée au niveau de l'apophyse mastoïde, immédiatement en arrière du conduit auditif. Il subsiste dans cette région une dépression profonde d'un centimètre environ, mesurant à l'orifice 15 mm. sur 8 mm. Cette cavité est tapissée d'épiderme sur toute sa surface, sauf en un point où elle semble communiquer avec le conduit auditif. Il n'y a pas trace d'inflammation ni de suppuration récente. L'exploration n'en est pas douloureuse. On ne sent pas de pulsation dans la partie profonde.

Au point de vue psychique Mic., présente des facultés intellectuelles ordinairement développées. La mémoire, l'attention, le jugement, le raisonnement et la volonté existent et fonctionnent fort simplement à la vérité. L'affectivité paraît persister, quant à la moralité elle nous a semblé parfois restreinte et le pouvoir d'adaptation sociale s'est montré très défaillant. Son instabilité professionnelle, ses condamnations en font foi.

Mic., explique mal son acte. Il élude les questions précises à son sujet. Il se borne à nous exposer sa maladie et lui impute en partie son délit. Il fait des réponses assez peu claires à ce sujet et ses dires sont en désaccord formel avec une lettre qu'il a écrite lui-même le 4 mars dans laquelle il s'excuse près de son supérieur et où, sans invoquer la raison médicale, s'accuse d'avoir agi sous l'influence d'accès éthylique. Il n'a pas d'idées délirantes ni de troubles psycho-sensoriels.

III. Résumé et Conclusions. — Mic. est un instable à psychisme inférieur chez lequel la puissance d'adaptabilité sociale est faible. C'est en outre un buveur habituel qui présente des signes certains d'alcoolisme. Il a subi il y a 11 ans une trépanation de la région temporale, très vraisemblablement pour abcès consécutif à une otite suppurée. Il est possible et même probable qu'il souffre de temps en temps de céphalées, mais ces maux de tête ne peuvent après si longtemps avoir conservé,

un caractère d'intensité tels qu'ils puissent anihiler ses facultés mentales, sans qu'il se soit produit sur sa santé générale un retentissement que nous ne constatons pas.

C'est éclairé par notre examen et inspiré des considérations ci-dessus énoncées que nous avons conclu en honneur et conscience :

1° Mic. n'est atteint d'aucune maladie ni infirmité mentale.

2° Il peut être considéré comme responsable de ses actes.

Bordeaux, le 14 mars 1916.

Nous nous rallions entièrement aux conclusions de ce rapport.

Dans les deux rapports suivants, nous voyons un trépané véritable, porteur d'une lésion crânienne palpable mais qui est manifestement un exagérateur.

Rapport Médico-Légal N° II

(Dû à l'obligeance de M. le Prof. Abadie).

(Résumé).

Exposé des faits. J. est inculpé d'avoir, à l'aide de complices, volé différents objets au camp de X. d'une valeur d'une vingtaine de mille francs, de les avoir cachés pendant un certain temps chez lui, et d'en avoir fait vendre à P. par un autre complice.

Interrogé le 14 juin 1920, par la police J. nie toute participation au vol. Trois jours après à l'instruction il reconnaît avoir connu le vol, mais sans y participer. Plus tard devant des preuves indéniables, il reconnaît y avoir pris une part, mais comme complice.

Aucun antécédent judiciaire. Conduite et moralité bonnes jusqu'alors. Blessure de guerre ayant nécessité une trépanation. Crises d'épilepsie consécutives en voie de diminution dans ces derniers temps.

Interrogatoires et examens. — J. est âgé de 29 ans, petit-fils d'une grand'mère alcoolique, et fils d'un homme adonné lui aussi à l'alcoolisme qui abandonna sa femme et ses enfants après quelques années de mariage. J. à la sortie de l'école, a été placé dans une épicerie, puis à été manœuvre et était sous les drapeaux quand la guerre éclata. Blessé en décembre 1914 par plusieurs éclats d'obus dont l'un, au crâne, né-

cessita une trépanation. Réformé en août 1915. Marié depuis, a un enfant de deux ans et demi. Fait différents métiers depuis.

Au point de vue physique : taille moyenne. Apparence d'une santé suffisante; plusieurs cicatrices des blessures déjà notées (bras droit, mollet droit, creux poplite gauche, région occipitale droite). Gêne fonctionnelle légère de la jambe et du pied. Perte de substance crânienne de 0 gr. 50.

Au point de vue mental, pas de maladie mentale caractérisée. Développement intellectuel normal. Ce n'est ni un faible d'esprit ni un déséquilibré mental. On peut noter cependant une épilepsie traumatique se traduisant par des crises convulsives avec perte complète de connaissance. Troubles subjectifs habituels aux trépanés. Pas de troubles mentaux caractérisés de nature épileptique.

J. est un buveur d'habitude s'alcoolisant régulièrement depuis l'adolescence, ayant un peu cessé depuis sa blessure, mais ayant repris ses anciennes habitudes depuis son séjour au camp de X.

J. rapporte avec des apparences de sincérité toutes les circonstances du vol commis. Il affirme qu'il a été entraîné par d'autres, mais dans toute sa conduite il n'est pas possible de retrouver la moindre action déterminante d'un trouble mental quelconque. Malgré l'épilepsie et l'intoxication par l'alcool J. s'est comporté dans ces circonstances comme un malfaiteur complètement sain aurait pu le faire.

Conclusions. — 1° J. n'était pas en état de démence au sens de l'art. 64 du C. P. au moment des actes qui lui sont reprochés.

2° L'épilepsie traumatique et l'alcoolisme chronique qu'il présente ne sont pas susceptibles, du moins dans les faits actuellement reprochés, d'atténuer dans une mesure quelconque sa responsabilité.

3° En conséquence J. doit être considéré comme complètement responsable des faits pour lesquels il est actuellement poursuivi.

Rapport d'expertise Médico-Légale N° III

(Dû à l'obligeance du Dr Molin de Teyssieu).

Nous, etc... commis... pour examiner le soldat Laf... inculpé de désertion à l'intérieur d'un territoire en état de guerre et de répondre à la question suivante :

L'inculpé est-il réellement sous le coup de troubles mentaux par suite de ses blessures et peut-il être dans ces conditions considéré comme responsable de ses actes ?

Après avoir ... avons résumé dans le présent rapport le résultat de notre mission.

Antécédents et faits. — Laf... est actuellement âgé de 22 ans. Il est célibataire et exerçait avant son entrée au service le métier de tailleur d'habits. Pas de maladies de l'enfance. Il fréquente l'école laïque jusqu'à l'âge de 13 ans. Il a une bonne instruction primaire, il n'a pas obtenu le certificat d'études. A partir de 14 ans, il commence son apprentissage de tailleur, quitte très vite l'atelier paternel pour servir différents patrons. Dit n'avoir jamais fait d'excès de boisson. Il n'a pas de condamnation. Incorporé en 1913 avec sa classe il part au front avec son unité aux premiers jours de la mobilisation ; n'a jamais obtenu de grade. Il a encouru au total 79 jours de punition dont 36 en prison et 8 de cellule pour absence illégale et indiscipline.

Blessé le 8 septembre 1914 par éclat d'obus à la tête, il est soigné à T..., puis à B... il rejoint son dépôt après convalescence en janvier 1915.

Versé au ^e Régiment d'artillerie, en juillet 1915 il change de régiment en décembre 1915, et est désigné pour un départ au front.

Il se fait porter malade quelques jours après, et est classé nous dit-il provisoirement inapte. (mais nous n'avons pas eu confirmation officielle de cette décision). Le 2 janvier 1916 quitte son corps, et n'y rentre que le 7 janvier. Il est inculpé de désertion à l'intérieur d'un territoire en temps de guerre. et traduit devant le Conseil de guerre de la ^e région.

Les rapports de ses chefs le présentent comme un soldat médiocre.

II. Examen. — Laf. se présente à nous correctement, sa tenue sans désordre, son visage ne déceit pas de trace de fatigue, ni de maladie. Il se livre volontiers à l'interrogatoire, répond rapidement et facilement. Il est d'une complexion moyenne et jouit d'un développement suffisant. Au point de vue viscéral, rien à signaler. Les appareils digestif, circulatoire, génito-urinaire, ne présentent rien d'anormal. La sensibilité objective n'est pas troublée. Laf... accuse des céphalées diffuses intermittentes, parfois violentes. Les réflexivités oculaire,

plantaire, rotulienne sont conservées. La motilité volontaire est intacte. La force musculaire est parfaite et égale des deux côtés. L'équilibration n'est pas altérée. Il n'y a pas de trouble du côté sensoriel. Il présente au niveau de la région temporo-occipitale gauche une cicatrice linéaire non hypertrophique de 2 cm. environ de longueur. Cette cicatrice est mobile sur le plan osseux qui ne nous a pas semblé présenter de solution de continuité. La pression en est douloureuse, d'après les dires du malade. Le réflexe pupillaire d'Erb n'a pas été constaté. Laf... serait d'après ses dires, sujet à l'épilepsie. Il nous montre deux certificats établis par des camarades. Aucune pièce médicale officielle n'en fait mention. L'enquête de la gendarmerie infirme la véracité de ces accidents. Le sommeil est bon; il n'est pas troublé de rêves pathologiques. Au point de vue mental, Laf... ne présente aucune anomalie intéressante à noter. Les facultés intellectuelles proprement dites sont normales. La mémoire, l'attention, le jugement et la volonté existent également développées. Le raisonnement s'accomplit correctement. L'affectivité et la moralité sont moyennes, et le pouvoir d'adaptabilité sociale légèrement défaillant n'a pas disparu..

Aux questions posées sur sa désertion Laf... répond qu'il ne se souvient pas, puis qu'il a passé 4 jours chez la mère, qu'il s'est promené à droite et à gauche, qu'il est parti sans but, que rien ne l'attirait; qu'il croit que c'est sa blessure qui est la cause de sa bêtise car il souffrait d'un violent mal de tête. Ses explications sur ce point manquent de clarté et semblent gênées. Pendant le temps que nous l'avons laissé à la prison militaire (volontairement en observation) où il vivait en communauté, avant de déposer nos conclusions, il n'a présenté aucun accident pathologique de quelque nature que ce soit.

III. Résumé et conclusions. — Laf... jouit d'un développement intellectuel moyen, a toujours fait preuve d'instabilité et s'est dès le début mal adapté à la discipline militaire. Il a commis un délit et en cherche l'excuse dans une blessure légère dont il a déjà, pendant plus d'un an usé, et même abusé pour ne pas rejoindre la place que son âge lui réservait sur le front des armées. C'est là le seul lien qui pourrait unir ces deux faits; car il y a toutes probabilités pour qu'il n'ait jamais eu de crises d'épilepsie et par conséquent d'accidents imputables à cette névrose qui seule pourrait cadrer avec cette fugue qu'il dit

pathologique. La région crânienne traumatisée ne correspond nullement aux régions motrices de l'écorce cérébrale. Et quant aux certificats des camarades nous dirons simplement qu'ils émanent d'auteurs dont nous nous sommes permis de suspecter la compétence neurologique.

Conclusion. — L'inculpé n'est pas sous le coup de troubles mentaux par suite de ses blessures, et il peut dans ces conditions être considéré comme responsable de ses actes.

Les conclusions de ce rapport sont assez calirement et nettement formulées pour qu'elles se passent de commentaires.

Mêmes constatations dans le rapport suivant :

Rapport d'expertise Médico-Légale N° IV

(Dû à l'obligeance de M. le Dr Lalanne).

(Inédit).

Je soussigné Dr L. Médecin en chef de l'Asile public d'Aliénés de Maréville près Nancy, expert près les Tribunaux, officier de l'instruction publique,

Commis, le 5 juin 1919, par une ordonnance de M. Car..., Juge d'instruction de l'arrondissement de L...

à l'effet

d'examiner au point de vue mental, le nommé Thi... L., 23 ans, journalier, demeurant à Nancy ou à Saint-L..., *inculpé de détention d'explosifs*,

Détenu,

et de répondre aux questions suivantes :

1° L'inculpé était-il en état de démence au moment des actes reprochés dans le sens de l'article 64 C. P. ?

2° L'examen psychiatrique et biologique ne révèlent-ils point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité ?

3° A quelle maladie correspondent ces anomalies ?

4° L'expert dira en outre : si la mémoire de l'inculpé est fortement ébranlée, au point de ne pas se souvenir des engagements verbaux

qu'il a pu prendre quelques heures avant la récidive des faits délictueux qui lui sont reprochés.

5° Indiquer si Thi... est dangereux pour lui-même ou pour les autres ?
Si oui :

6° Est-il dangereux au point d'être interné dans un asile d'aliénés ?

Est-il en état de pourvoir à sa propre existence ou a-t-il près de lui quelqu'un qui pourrait le faire ; donner avis qu'il n'est dangereux pour lui ni pour les autres.

7° L'aliénation mentale n'est-elle point simulée ?

Serment préalablement prêté devant M. L... Juge d'instruction de N... le 24 juin 1919,

Déclare avoir procédé à des interrogatoires et à des examens répétés, ainsi qu'à une observation prolongée de l'inculpé à l'Asile de M... où il est entré en observation médico-légale à la date du 25 juin 1919, et après avoir pris connaissance du dossier de la procédure, avoir consigné le résultat de mon expertise dans le rapport suivant :

Le 2 juin 1919 au soir, à la gare de B. sur M. à l'arrivée d'un train de L. le commissaire militaire faisait arrêter un soldat qui avait jeté une grenade par la portière et qui était encore porteur d'une caissette de 25 grenades et d'une musette qui en renfermait aussi une dizaine. Interrogé, cet homme déclara qu'il se nommait Thi... L., mutilé de guerre et trépané, qu'il avait ce même jour quitté N... où il habite pour se rendre à L... voir des parents, mais qu'il était allé se promener dans la forêt de M..., avait trouvé des grenades abandonnées et en avait emporté pour aller à la pêche. Dans le train au passage sur le pont de M... il avait jeté une grenade par la portière, dans la direction de la rivière, uniquement pour « voir », dit-il.

Conduit le 3 juin devant M. le Procureur de la République de L..., il fut laissé en liberté, par pitié pour son état et sa misère, sur sa promesse formelle de ne pas recommencer. Mais il s'empressa d'aller à nouveau chercher des grenades pour la pêche. Arrêté ce même jour 4 juin, à 2 heures de l'après-midi, à la gare de B... parce qu'il était soupçonné d'avoir abandonné, dans le cabinet de toilette d'un wagon une musette contenant treize grenades, il déclara tout d'abord à ces mêmes gendarmes qui l'avaient déjà appréhendé la veille qu'il n'avait pas quitté L... et n'était pas coupable ; mais, un peu plus tard, comme

on lui affirmait qu'il avait été vu sur la route de la forêt de M., il avoua qu'il avait récidivé, le matin même, aussitôt après avoir quitté le parquet, après sa mise en liberté.

L'inculpé ayant déclaré, lors de sa première arrestation, qu'il avait des cauchemars pendant le jour, qu'il voyait le « boche partout » et que ses facultés étaient affaiblies avec des crises nerveuses du fait de ses blessures de guerre un examen mental fut décidé.

Thi... est né le 29 décembre 1915 à Saint-L... près E. Il n'existe pas de renseignements au dossier au sujet de ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Mais, j'ai pu voir son père qui m'a donné les quelques indications qui suivent, car je ne saurais ajouter foi aux dires de l'inculpé qui m'a donné maintes fois la preuve de ses habitudes et de ses tendances mensongères.

Sa mère serait morte d'éclampsie au cours d'une grossesse à l'âge de 38 ans, en 1903, après avoir eu cinq enfants; il est le seul survivant. Son père, jardinier à L... donne l'impression d'un homme intelligent et actif; il est remarié et ne cache pas sa désolation de voir son fils lui créer chaque jour de nouveaux ennuis. Depuis le jeune âge, cet enfant paresseux à l'école et du reste sans instruction s'est livré au vagabondage et aux mauvaises fréquentations. Déjà à huit ans il faisait des dénonciations calomnieuses, allant jusqu'à accuser sa grand-mère de vol, et la laissant interroger par les gendarmes avant de reconnaître sa duplicité. A l'âge de 16 ans, il était condamné, par défaut, à quatre mois de prison, pour vol d'effets; il parvenait ensuite à prouver sa non culpabilité et se faisait acquitter; peu après était amené à avouer qu'il était vraiment coupable. Au moment de la mobilisation et avant son départ au régiment il était condamné à E. à deux mois de prison pour vol de lapins, et voilà qu'à peine sorti de prison, il se faisait arrêter à nouveau.

Au point de vue militaire, il est absolument faux qu'il se soit engagé à Bizerte, en 1912 au 1^{er} Tirailleur algériens. En réalité il n'a été mobilisé qu'en 1914 dans les « Joyeux » en raison de condamnations pour délits de droit commun.

Au cours de la campagne, il a reçu une balle à la main gauche le 5 avril 1918, et le 8 août suivant il a été blessé grièvement à la jam

le gauche, mais surtout à la tête. Trépané il a été réformé temporairement avec gratification par la commission de Fr..., le 9 novembre 1918. Après avoir fait cette année même un séjour à l'hôpital Beaujon à Paris, il serait tombé à terre, Boulevard Saint-Germain, le 27 janvier 1919, au cours d'une crise mal définie et évacué ensuite au Val-de-Grâce, et de là sur l'asile d'aliénés de Ville-Evrard (salles militaires) où je sais qu'il n'a présenté ni troubles mentaux, ni accidents convulsifs et d'où il est sorti en mars dernier.

Au point de vue psychique, Thi... est un homme de 23 ans, robuste et bien constitué mais qui présente un facies hébété avec des oreilles en anse, des yeux écartés avec une implantation basse des cheveux sur le front. Sa physionomie frappe encore plus particulièrement du fait de la blessure cranienne étendue à toute la région fronto-pariétale du côté droit. Cette lésion grave, par éclat d'obus, a nécessité la trépanation et a laissé des troubles organiques et fonctionnels définitifs : hémiparésie gauche, et exagération des réflexes, surtout rotuliens à gauche, ébauche de trépidation épileptoïde du même côté, marche en steppant, etc...

Durant la période d'observation l'inculpé n'a présenté ni confusion, ni désorientation psychique, ni manifestations délirantes; en un mot, pas le moindre symptôme d'une affection mentale caractérisée. On ne m'a pas signalé d'attaques convulsives, hystériformes ou épileptiformes; pas de cauchemars terrifiants et pas d'actes somnambuliques, pas d'incontinence d'urine. Il n'a pas simulé la folie et ne s'est pas livré à la moindre excentricité, se contentant de raconter avec complaisance ses campagnes agrémentées de récits fantaisistes. Il présente en effet une propension très marquée au mensonge, à la fabulation, à la mythomanie, cadrant du reste avec son instabilité habituelle, son besoin de changement, son excitation locomotrice, sa vie errante. Sa mémoire n'est pas altérée par des troubles pathologiques, mais est le plus souvent dénaturée par des tendances mensongères et par une aspiration puérilement vaniteuse, souvent même dégagée de tout calcul intéressé.

Il faut joindre à cela que Thi... présente une absence de sens moral très manifeste. Il ne se préoccupe que fort peu des conséquences possibles de ses actes, qu'il est incapable de regretter. Il semble même qu'il

éprouve une certaine gloriole et un sensible plaisir à être considéré comme un sujet un peu exceptionnel. Il s'agit là d'une véritable anesthésie morale qui est aussi affective, car il se plaint de toute sa famille, et ne fait appel à ses parents et à ses relations que pour leur extorquer quelques faveurs en alternant les supplications et les menaces.

En somme Thi... ne présente pas, et ne simule pas de maladie mentale. Il se défend du reste d'être un aliéné, mais voudrait exploiter en sa faveur les conséquences réelles d'une grave blessure de guerre, qui ont fait de lui un mutilé définitif avec troubles organiques et fonctionnels, peut-être compliqués d'accidents épileptiformes (toutefois la crise de type jacksonien et de caractères mal définis ne s'est jamais renouvelée).

Mais ces altérations du système nerveux sont, à mon avis, absolument indépendantes des tendances instinctives et mythomaniaques, de l'instabilité, de l'irritabilité et de l'insensibilité morale qui forment le fonds constitutionnel de l'inculpé et qui lui ont déjà valu des condamnations.

C'est un individu anti-social, à mauvais instincts, pervers et vicieux, mythomane et simulateur occasionnel et pour tout dire un délinquant à répétition qui doit rendre compte de ses actes à la Justice.

Du reste les faits qui lui sont reprochés ne présentent pas les signes caractéristiques d'une réaction pathologique, ni des impulsions morbides à caractères dégénératifs et épileptiques (avec inconscience et amnésie totale consécutive).

Conclusions. — 1° Thi... n'est pas actuellement atteint d'aliénation mentale et ne saurait être maintenu dans un asile d'aliénés.

2° Rien n'indique qu'il était en état de démence au sens de l'article 64 du Code Pénal, au temps des actes qui lui sont reprochés.

3° Il ne présente ni altération de la mémoire ni troubles psychopathiques, ni anomalies mentales ou psychiques pouvant faire disparaître ou même atténuer sa responsabilité.

4° Les troubles fonctionnels et organiques qu'il présente, à la suite d'une grave blessure de guerre, n'ont aucune relation de cause à effet avec les actes délictueux dont il s'est rendu coupable et dont il doit rendre compte à la Justice.

M. le 26 juillet 1919.

En somme un délinquant d'habitude chez lequel la trépanation n'est qu'un épisode d'une vie de délinquance (de même d'ailleurs que dans l'obs. CCIX, page).

Rapport d'expertise Médico-Légale N° V

Nous, soussigné Molin de Teyssieu, Médecin traitant du service central de psychiatrie de la ^e Région, commis par ordonnance du 30 octobre 1916 à l'effet d'examiner le soldat L..., du ^e Régiment d'Infanterie, inculpé d'outrages par paroles et menaces en dehors du service, et de répondre aux questions suivantes :

1° Lab., jouit-il de la plénitude de ses facultés mentales ?

2° Est-il responsable du délit, pour lequel il est poursuivi ?

Après avoir prêté serment, consulté diverses pièces du dossier, examiné l'inculpé à la prison militaire où il est actuellement détenu, avons résumé dans le présent rapport le résultat de notre mission.

I. Antécédents et faits. — Lab. est âgé de 22 ans, il exerçait à Ch... avant la guerre, la profession de mineur. Il est célibataire. Il a fréquenté régulièrement l'école primaire, a une instruction rudimentaire. Rien dans ses antécédents héréditaires, il a 5 frères et sœurs. Pas de maladies de l'enfance. Prisonnier des Allemands il parvient à quitter les régions envahies et vient se faire incorporer avec sa classe le 14 octobre 1914. Il part au front en janvier 1915. Il est blessé le 6 avril 1915 à Vaux de plusieurs éclat d'obus dans la région pariéto-occipitale gauche. Il subit une assez forte commotion puisqu'il perd connaissance pendant plusieurs heures, mais protégé par son casque ne présente que des lésions qui apparaissent comme légères.

Son premier billet d'hôpital porte en effet la mention suivante :

Plaie contuse du cuir chevelu. Pas de fracture; le 16 octobre 1916, Il subit dans cette ville et à une date que nous n'avons pu préciser, une première trépanation nécessitée par la présence d'un petit éclat métallique. Il est ensuite évacué sur D... le 20 mai 1916. Le 25 juillet nouvelle trépanation et obturation de la perte de substance crânienne laissée après la première intervention au moyen d'un fragment cartilagineux prélevé au niveau de la 5^e côte gauche.

La plaie opératoire évolue normalement vers la guérison. Le 5 septembre 1916, étant toujours en traitement à B..., il sort en ville alors que la permission venait de lui en être refusée. Il est retrouvé peu de temps après dans un débit de boissons en complet état d'ivresse. Ramené à la formation sanitaire à laquelle il appartenait, il insulte et menace les gradés, chargés de maintenir l'ordre.

Il est traduit devant le Conseil de guerre de la ^e région sous l'inculpation d'outrages par paroles et menaces à un supérieur en dehors du service.

Il est signalé comme un sujet violent et dangereux. Il venait d'être convaincu d'avoir écrit une lettre anonyme à un journal local pour se plaindre de la gestion intérieure de l'hôpital.

Il aurait passé son enfance dans une colonie pénitentiaire à la suite d'une affaire de vol. Il a une condamnation à 5 ans de travaux publics pour outrages à un supérieur. L'exécution en avait été suspendue.

II. Examen. — Lab..., se présente à nous d'une façon correcte, mais sa tenue est débraillée. Il répond lentement et sur un ton indifférent et parfois de mauvaise humeur aux questions qu'il comprend facilement.

Au point de vue physique il jouit d'une forte constitution, sa musculature est fortement développée. Pas de lésions des grands appareils digestifs, respiratoire, circulatoire, urinaire.

Il porte dans la région pariétale gauche : 1° une dépression osseuse cupuliforme de 1/4 de cm. de profondeur environ, sur 1 cm 1/2 de largeur à peu près au niveau du 1/3 moyen de la suture fronto-pariétale. 2° une perte de substance crânienne actuellement comblée par suite de l'intervention signalée plus haut au voisinage de la suture bi-pariétale. Cette perte de substance s'étend perpendiculairement à cette suture de 2 cm de long et 1/2 cm. de large environ; elle est le siège d'une suppuration continue mais peu abondante. Elle est douloureuse à la pression on n'y perçoit pas de battements. 3° D'une dépression osseuse moins accusée mais aussi sensible au contact, du niveau de la suture pariéto-occipitale.

Lab. se plaint de souffrir de céphalées violentes intermittentes à exacerbation vespérales. Il se plaint aussi de vertiges fréquents : « Je vois tout tourner autour de moi, cela me braille la vue ».

Pas de troubles de la sensibilité périphérique; pas de troubles de la motilité volontaire et réflexe; pas d'accidents convulsifs d'aucune nature; pas de gros signes physiques d'intoxication. Il avoue cependant « faire usage d'alcool sous toutes ses formes ». Dans son métier, nous dit-il, on ne fait pas sans boire.

Le sommeil est assez bon.

Au point de vue psychique Lab., présente un développement réduit mais suffisant de toutes ses facultés intellectuelles. Il présente actuellement un léger degré de torpeur. Les facultés affectives et morales, par contre, sont émoussées, le pouvoir d'adaptabilité sociale s'est montré souvent défaillant.

Les réactions habituelles sont violentes, impulsives, brutales et indisciplinées.

Il a conscience d'être encore plus irritable depuis qu'il a été blessé.

Il ne fournit aucune explication à son acte et allègue une amnésie complète qui est très vraisemblable étant donnée l'ivresse profonde dans laquelle il se trouvait : « J'étais saoul, il m'en faut pas beaucoup, on m'a dit que j'avais engueulé quelqu'un, c'est possible, je m'en rappelle pas ». « Je demande qu'à guérir de ma tête pour repartir au front ».

III. Résumé et conclusion. — Bab. est originellement un instinctif irritable, brutal et indiscipliné. C'est en outre un buveur habituel qui exalte encore par l'ivresse la violence de ses réactions.

Le traumatisme de guerre qu'il a subi lui a laissé un léger état de torpeur cérébrale liée sans doute, aux vertiges et céphalées qu'il éprouve.

Il est tout au plus permis d'admettre que ce traumatisme ait accru pour une faible part sa susceptibilité vis-à-vis de l'alcool.

Eclairés par notre examen, et inspirés des considérations ci-dessus énoncées, nous concluons donc en honneur et conscience :

1° Lab., présente un très léger degré de torpeur intellectuelle;

2° Il est responsable de l'état d'ivresse dans lequel il se trouvait au moment où il a accompli l'acte pour lequel il est poursuivi.

Bordeaux, le 15 novembre 1916.

Encore un délinquant récidiviste où la blessure ne joue qu'un bien faible rôle.

Rapport d'expertise Médico-Légale N° VI

(Dû à l'obligeance de M. le Dr Aubry).

Vol. Internement.

Traumatisme cranio-cérébral de guerre chez un *instinctif, délinquant* récidiviste.

Antécédents et faits. — La mère de Lhu... atteinte de « débilité mentale » avec excitation impulsive a été placée à l'asile d'aliénés de Saint-P... L'inculpé passe pour s'adonner à la boisson. « Il n'a jamais travaillé régulièrement » dit son père. « Il est incorrigible et *ne se plaît qu'au mal* ». Dès l'âge de 12 ans il a été accusé de vol; après trois accusations successives il a été placé dans une maison de correction, jusqu'à sa majorité. Depuis sa sortie il a été condamné de nouveau pour le même motif.

Incorporé en 1918, il a été condamné à 3 ans de travaux publics, par un conseil de guerre, pour vol, désertion, port illégal de décoration; sa peine ayant été suspendue il a été renvoyé au front, où le 10 août 1918 il a été atteint d'une blessure grave. Evacué pour « fracture du crâne par balle, troubles psychiques consécutifs », il a été traité dans divers hôpitaux ou formations psychiatriques, dont il s'évadait dit-il; puis il a été réformé avec 75 % d'invalidité pour troubles oculaires et troubles mentaux, parésie du membre supérieur gauche.

Depuis sa réforme Lhu... a commis de nouveaux délits; inculpé de vol en avril 1920, il a été l'objet d'un rapport de M. le Professeur Parisot qui a conclu à son irresponsabilité, et à son placement dans un centre de rééducation. Un an après, en avril 1921, Lhu... pénétrait dans une maison de P... St. V..., dérobait une bicyclette qu'il allait vendre et s'enfuyait dans le département du Cher où il était arrêté et condamné pour port illégal de décoration.

La blessure dont Lhu... est atteint a provoqué une cicatrice frontale avec petite brèche osseuse à gauche de la ligne médiane et des séquelles nerveuses importantes. L'inculpé invoque une hémiplégie gauche incomplète, atteignant surtout le membre supérieur, la face et la langue. Le membre inférieur est indemne au point de vue fonctionnel. La marche est facile, les mouvements ont une amplitude normale.

Au membre supérieur on constate de l'impotence dans le domaine des fléchisseurs, des troubles sensitifs subjectifs, et une légère atrophie; la face est déviée; la langue est peu mobile et dépasse difficilement les arcades dentaires, la parole est empâtée, lente, mal articulée. Les réflexes tendineux sont vifs du côté parésic, mais il n'existe ni contraction, ni trépidation, ni signe de Babinski. Enfin l'inculpé se plaint d'une diminution très accusée de la vision, de maux de tête et de vertiges.

Pendant l'examen Lhu... garde une attitude indifférente et obtuse, il sourit constamment et il ne manifeste ni appréhension ni regrets. Il présente de l'affaiblissement de toutes les facultés et notamment un grand ralentissement de la compréhension et de la mémoire d'évocation. Il rit en parlant de l'acte dont il est accusé et qu'il attribue à un autre individu.

A notre avis Lhu... exagère ses troubles moteurs, et ses troubles intellectuels. Il oppose à l'examen une mauvaise volonté évidente, et d'autre part l'activité qu'il a déployée pour exécuter son vol n'est pas compatible avec l'inertie dont il fait preuve devant nous. Malgré tout l'inculpé est un infirme physique et psychique, diminué dans ses facultés; avant la guerre il était déjà un individu instinctif; l'affaiblissement intellectuel qui résulte de sa blessure ne peut que diminuer ses notions morales et laisser une plus grande part à ses tendances mauvaises. Il est peu capable maintenant de résister à ses instincts et de juger librement la portée de ses actes. Aussi nous estimons qu'on doit le traiter comme un irresponsable. Mais on doit également le priver de sa liberté car il est incapable d'en faire usage sans nuire à autrui.

Conclusions. — Lhu... était en état de démence au sens du Code pénal quand il a commis le vol qui lui est reproché.

A la suite d'une lésion cranio-cérébrale, l'inculpé est atteint de parésie et d'affaiblissement intellectuel. C'est un infirme doué de mauvais instincts qu'il est incapable de réfréner et qui, par ses tendances invétérées à la délinquance, est dangereux pour l'ordre public. Nous estimons donc qu'il doit être séquestré dans un asile d'aliénés.

Nous nous permettons ici de ne pas suivre complètement le Dr Aubry dans ses conclusions. En effet l'inculpé est un délin-

quant récidiviste. Il a été, avant sa trépanation, condamné un certain nombre de fois sans que jamais on ait conclu à son irresponsabilité. Aujourd'hui, comme il est dit dans le rapport, Lhy... « exagère ses troubles moteurs et intellectuels. Il oppose à l'examen une mauvaise volonté évidente et d'autre part l'activité qu'il a déployée pour exécuter son vol est incompatible avec l'inertie dont il fait preuve devant nous ». Mais alors, Pourquoi le déclarer irresponsable? Il nous semble au contraire que l'inculpé doit rendre compte de ses actes à la justice. Le fait d'être incapable de faire usage de sa liberté sans nuire à autrui n'est pas suffisant pour faire conclure à l'irresponsabilité. Sans doute, le Dr Aubry, pour concilier les opinions, jugeant avec son cœur plus qu'avec son esprit, fut pris de pitié pour ce blessé de la guerre et lui choisit l'internement dans un asile de préférence à la prison.

Observation XIX

Mig. terrassier.

Examen le 31 juillet 1919. Jamais malade étant jeune. Pas de renseignements de sa famille avec laquelle il est brouillé depuis 10 ans.

Mobilisé depuis 1914. Evacué *en juin* 1917 pour blessure de la tête. *Plaie pénétrante de la région occipito-temporale* gauche de la largeur d'une pièce de 0 fr 10. Reprend son service au bout de 3 mois.

Nouvelle évacuation en mars 1917 pour blessure au bras. Aurait une paralysie radiale actuellement guérie. N'a plus rejoint le front. Aurait présenté en janvier 1919 des troubles mentaux sur la nature desquels nous ne sommes pas fixés. *Aurait été trouvé tout nu dans la rue.* A subi une iridectomie de l'O. D. pour corps étranger métallique (éclat de grenade) *Tabouages multiples. Instabilité. A eu condamnation pour refus d'obéissance.*

Conclusion.—Le soldat Mig. présente une perte de substance osseuse de la largeur d'une pièce de 10 centimes de la région occipito-temporale gauche, consécutive à une blessure par éclat de grenade. *Les séquelles objectives de ce traumatisme cérébral sont nulles. Les troubles subjectifs* habituels des trépanés sont chez lui *réduits au minimum.*

Mig. est en outre un mal équilibré au point de vue psychique, instable, impulsif, susceptible même de se montrer irritable et violent. *Cet état mental défectueux est constitutionnel*, et la blessure ne paraît avoir eu aucune influence sur lui.

Mig. a fait des accidents vésaniques aigus, actuellement disparus. Seule une enquête auprès de l'hôpital où il a été traité peut établir leur nature.

Ici, encore délinquance chez un individu de fond mental défectueux mais constitutionnel, sur lequel la blessure semble sans influence.

Rapport d'expertise médico-légale N° VII

(Dû à l'obligeance du Dr Hamel).

(Inédit).

Je soussigné, H. J., médecin aide-major de 1^{re} classe du centre de psychiatrie de la ^e région, commis par M. le capitaine A., rapporteur afin d'examiner l'état mental du soldat Miq..., accusé de vol, et de dire si l'inculpé est responsable de l'acte qui lui est reproché et dans quelle mesure; serment préalablement prêté, ai procédé au dit examen et rédigé le rapport suivant :

Faits. — (Extraits du rapport du capitaine M...). « Le 20 septembre 1918 vers 17 heures 45, au cours d'une tournée de surveillance sur les voies, le garde Mon... surprenait le prisonnier de guerre Sec... dissimulant un paquet sous sa capote; s'étant mis en observation, il vit quelques instants après ce prisonnier de guerre remettre ce même paquet au soldat Miq..., sentinelle chargée de la surveillance. Une fouille de la sentinelle faite par le sergent Siev... fit découvrir le colis, contenant 24 paquets de cigarettes à 1 fr. 20 ».

Blessé le 25 septembre 1915 par éclat d'obus à l'arcade sourcilière Miq... fut trépané et cité à l'ordre du régiment : « L'opération qu'il a subi, ajoute M. le capitaine M..., doit également entrer en ligne de compte pour limiter sa responsabilité dans l'acte grave qu'il a commis ».

Le sergent Siev..., interprète, qui a interrogé Miq..., quelques ins-

tants après qu'il eut été surpris, a recueilli les aveux de Miq..., qui lui a déclaré qu'il regrettait vivement l'acte qu'il avait commis dans un moment de faiblesse. Il a eu l'impression qu'il ne paraissait pas en possession de ses facultés mentales.

Miq... a allégué à l'instruction qu'il avait été opéré deux fois à la tête et n'avait pas toujours conscience de ce qu'il faisait.

Examen. — Miq... est d'une intelligence à peine moyenne, mais son instruction est faible. Elevé par des cousins à partir de l'âge de 7 ans, il a peu été à l'école, et gardait ordinairement le bétail. Trois ans avant la guerre, il vint à B... où ses frères travaillaient et apprit le métier de conducteur d'automobile. En 1913, il fut condamné pour vol et complicité, à 2 mois de prison avec sursis. L'affaire était de peu d'importance : il s'agissait uniquement d'aliments et de quelques bouteilles de vin, dérobés par Miq..., à ses patrons (restaurateurs) pour les donner à son père, lequel, vivant dans la misère à B... était à charge à ses enfants.

Le 25 septembre 1915, Miq... fut atteint par un éclat d'obus à la partie nasale de l'arcade sourcilière droite et perdit connaissance. Evacué, il fut trépané à V... quelques jours après, puis soumis à un traitement électrique pour : douleurs et insomnie. En avril 1916, il fut une seconde fois opéré à R..., ayant fait un abcès à l'endroit de sa blessure. Il revient au front, fut évacué de nouveau à la suite d'intoxication par gaz et versé dans l'auxiliaire.

Miq... paraît présenter une légère diminution de l'attention et de la mémoire de fixation. Ses facultés intellectuelles sont d'une manière générale conservées. Il n'existe chez lui aucun trouble psychosensoriel, aucune idée délirante, aucune modification de l'humeur.

Réflexions. — Nous sommes en présence d'un jeune soldat qui n'est atteint d'aucune maladie mentale et qui a déjà commis un vol avant la guerre. Peut-on mettre l'acte qu'il a commis sur le compte d'un trouble mental passager occasionné par sa blessure ? Non, mais Miq... qui déjà était d'une intelligence un peu débile a en outre été victime d'une lésion du cerveau. Cette lésion intéresse le lobe frontal et par conséquent est capable d'avoir entraîné une certaine diminution des facultés intellectuelles et particulièrement de la volonté et du sens moral. Elle est susceptible d'avoir augmenté l'impulsivité des réactions

et d'avoir amoindri la réflexion et nous croyons que l'acte reproché à Miq... est en somme assez explicable par un geste instinctif, si la réflexion n'intervient pas justement assez vite et assez puissamment pour l'enrayer : le prisonnier de guerre lui tend, sans mot dire probablement, un paquet dont Miq... ignore la provenance et la contenance. Le premier geste de celui-ci est de le prendre et il le dissimule à peine sous sa capote qu'aussitôt il est appréhendé. Dans ces conditions, le vol peu grave de 1913 ne me paraissant pas suffisant pour faire de Miq... un délinquant d'habitude, on peut se demander si réellement il n'existe pas chez l'accusé, outre une certaine délibilité constitutionnelle, un léger affaiblissement des facultés dû à la lésion crânienne. Il est à vrai dire, à peu près impossible d'être scientifiquement affirmatif, mais il y a un doute et il doit être en faveur de l'accusé.

Conclusions : 1° Miq... est responsable du vol qui lui est reproché.

2° Il est atteint d'une légère faiblesse intellectuelle qui a pu s'aggraver du fait d'une blessure grave de la région frontale.

3° La responsabilité doit être considérée comme atténuée en ce qui concerne l'acte qu'il a commis.

Dans ce rapport on constate la bonne volonté de l'expert qui, comme il le dit lui-même, ne pouvant être « scientifiquement affirmatif » fait profiter l'accusé du doute. D'ailleurs affaire sans grande gravité et « explicable, même par un simple geste instinctif », imputable beaucoup plus au fond mental de l'individu qu'au traumatisme lui-même.

Rapport médico-légal (Affaire Jea...) N° VIII

(Dû à l'obligeance du Dr Aubry).

(Inédit).

Je soussigné, A. E., médecin-chef de l'asile public d'aliénés de M... désigné par M. le capitaine Lan..., rapporteur près le conseil de guerre de la ^e région à N..., à l'effet d'examiner le soldat Jea..., inculpé de vol qualifié, vols militaires, certifie avoir procédé au dit examen, pris connaissance du dossier et rédigé dans le présent rapport le résumé sincère de mes observations.

Commémoratifs. — L'inculpé, âgé de 23 ans, n'a pas d'antécédents importants à signaler jusqu'au moment de son incorporation. Il ne paraît pas posséder de tares héréditaires et n'avait pas été l'objet de condamnations. Incorporé avec sa classe le 10 avril 1915, dans un bataillon de chasseurs à pied, il partit aux armées le 28 avril 1916 et prit part aux attaques de la Somme. Evacué pour gelure des pieds pendant 2 mois, il rentra à son bataillon en janvier 1917. Le 16 avril 1917, au Chemin des Dames, il était blessé gravement à la tête par éclat d'obus. Traité dans des formations sanitaires de l'avant, il y était l'objet d'une intervention chirurgicale sur laquelle aucun renseignement n'a pu être fourni, puis il était envoyé en permission de convalescence, était hospitalisé à N... du 16 au 28 mai 1917; le billet d'hôpital qui le concerne porte la mention : « légère suppuration au niveau de la région sus-orbitaire gauche, suite de blessure de guerre. Sorti guéri, n'est pas rentré à l'hôpital après permission de la journée ». Renvoyé dans la zone des armées, il était déclaré inapte à l'armée d'Orient et détaché au service d'ordre de la gare de T... Le 29 août 1917, il s'absentait sans motif et était de ce fait condamné à 6 mois de prison avec sursis pour désertion. Mis en observation à l'hôpital G. à T..., il y avait été l'objet d'un rapport médico-légal dont les conclusions étaient les suivantes : « Troubles nerveux et mentaux consécutifs à un traumatisme crânien; la responsabilité du sujet doit être considérée comme moyennement atténuée ».

Classé service auxiliaire, inapte définitif par la commission de B... le D. le 4 janvier 1918, il était reversé service armé le 30 mars et repartait en avril aux armées. Il paraît y avoir fait un bon service pendant 6 mois environ et fut l'objet le 7 septembre d'une citation à l'ordre du régiment.

Le 24 septembre 1918, il était évacué avec le diagnostic « céphalée, vertiges, insomnie, ne peut faire aucun service » et traité au centre de Neurologie de Re... pendant 2 mois. La note médicale rédigée à Re... mentionne : « une fracture du trou orbitaire et un orifice de trépanation de 23 mm sur 20 mm. au niveau du sinus frontal gauche; céphalées, vertiges, insomnie, diminution de la mémoire, symptômes purement subjectifs ».

Depuis sa sortie du centre de Neurologie de Re..., le 6 déc. 1918,

l'inculpé a toujours été en convalescence ou hospitalisé dans un centre de réforme.

Il habitait avec sa famille à Malz.. quand il a commis les actes qui lui sont actuellement reprochés. Après un court essai de travail il vivait dans l'oisiveté et fréquentait V..., individu de mauvaise moralité, auteur présumé de plusieurs vols, inculpé avec lui. Dans la nuit du 16 au 17 janvier, après avoir passé la soirée à boire avec V..., ils commirent un vol dans une camionnette automobile contenant des cantines et des effets. Arrêté un mois après, Jea... était en outre trouvé porteur d'un ordre de transport surchargé.

Etat actuel. — Jea... est un homme robuste, vigoureusement constitué. Sa blessure d'avril 1917 a laissé les traces suivantes : cicatrice au-dessus du sourcil gauche recouvrant une perte de substance osseuse de la dimension sus-indiquée, brèche de l'arcade sourcilière, sans battement ni impulsion à la toux appréciables.

Aplatissement du pli nazogénien droit avec légère parésie faciale, aucune autre séquelle extérieurement apparente, réflectivité normale.

A côté de ces signes objectifs, l'inculpé se plaint d'un ensemble de symptômes purement subjectifs, impossibles à mettre en évidence par l'examen.

Sensation de faiblesse musculaire, d'incertitude, avec quelques troubles sensitifs au niveau des membres droits, bourdonnements d'oreille, céphalée rémittente plus accusée le matin et le soir et s'accompagnant de vertiges, d'éblouissements et d'étourdissements, intolérance aux causes d'excitation et aux vibrations de toute nature (bruit, lumière, tabac, alcool, mouvement) qui exaspèrent la céphalée et le vertige et produisent passagèrement de la désorientation et de l'excitation psychique avec irritabilité. La mémoire dont l'inculpé se plaint beaucoup est ralentie, mais assez exacte, les souvenirs sont lents à évoquer, mais n'ont pas disparu en dehors d'une lacune amnésique absolue portant sur les circonstances de la blessure et les jours suivants. Enfin, on note encore chez lui de la dépression avec tristesse, asthénie, préoccupations pessimistes au sujet de son état de santé avec tendance au désespoir. Dans une lettre, figurant au dossier, Jea... a exprimé le désir de la mort, au cours de son examen, il s'irrite facilement et manifeste les mêmes idées avec menacés imprécises de suicide.

Le prévenu possède un niveau intellectuel suffisant et des sentiments moraux bien développés. Il avoue en parti les faits reprochés. Il raconte qu'il avait passé la soirée à boire avec V... et qu'en sortant du débit, se sentant incommodé, il avait été prendre l'air du côté de la rivière et avait vomi. V... était alors monté dans une voiture automobile militaire ouverte qu'ils avaient rencontrée et qu'ils avaient explorée à l'aide d'une lampe électrique. Jea... nie avoir pris une part directe à l'acte et ignore l'étendue du vol commis par V... mais reconnaît qu'en sortant de la voiture, V... lui aurait remis une paire de bottes en caoutchouc en lui disant : « Prends ça ». Jea... aurait protesté disant qu'il n'en avait pas besoin, puis aurait accepté. Quelques jours après inquiété par la crainte de perquisition, il serait allé jeter les bottes à la rivière.

Il reconnaît aussi qu'il a « maquillé » un ancien ordre de transport dans le but de s'en servir un jour pour aller à Paris pour voir des camarades de régiment et chercher du travail. Il exprime un regret très vif de ses actes ajoutant qu'il était reparti au front après sa trépanation et avait fait tous ses efforts pour bien servir et mériter la croix de guerre dans le but de se réhabiliter de sa première condamnation en conseil de guerre. il prétend n'avoir pas su se rendre compte de l'importance de ses actes rejetant ses fautes sur un état d'étourdissement causé par l'alcool et par sa blessure.

Bien que la parésie faciale et les troubles sensitifs ressentis dans les membres droits de l'inculpé paraissent indiquer une lésion organique cérébrale, les séquelles de blessure du crâne et de trépanation présentées par lui sont surtout d'ordre subjectif. Il en est ainsi dans la plupart des cas et ces symptômes dits atopiques constituent la part la plus grande et la plus tenace des accidents consécutifs aux traumatismes crâniens. Malgré l'impossibilité de démontrer leur existence de façon positive et objective, les symptômes invoqués par Jea... se rapportent si bien à ce qui est observé chez la plupart des blessés du crâne qu'on doit en admettre la réalité.

Les actes reprochés à l'inculpé sont-ils en rapport plus ou moins directs avec ces symptômes traumatiques ? Au premier abord, ces actes qui ne sont la conséquence ni d'une idée délirante, ni d'une impulsion morbide ne paraissent pas pathologiques.

Cependant on ne peut pas négliger les modifications apportées par le traumatisme à la mentalité de l'inculpé et qui se résument en un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Ces symptômes permanents susceptibles en outre de s'exacerber dans certaines conditions sont de nature à porter atteinte à l'exercice de ses facultés.

On doit admettre que Jea... présente du fait de sa blessure une diminution psychique incontestable et une résistance amoindrie aux sollicitations perverses ou aux influences mauvaises exercées autour de lui. Dans le cas particulier du vol commis en compagnie de V..., Jea... paraît avoir joué un rôle passif et n'a pas inspiré l'acte délictueux. Bien qu'il en ait accepté le profit sa participation ne peut pas être considérée comme entièrement libre car surtout sous l'influence de la fatigue et de l'alcool, il était peu capable d'apprécier exactement l'importance, le caractère répréhensible et les conséquences de son action.

Sa responsabilité privée ainsi d'un élément important de discernement est donc amoindrie dans une forte mesure.

L'état de dépression présenté par l'inculpé est susceptible de s'aggraver par la détention. Jea... doit être transféré le plus tôt possible à l'hôpital militaire pour y être hospitalisé à la section des détenus.

Conclusions. — 1° Jea... n'était pas en état de démence au sens de l'art. 64 du Code pénal quand il a commis les actes qui lui sont reprochés.

2° Cependant la blessure du crâne avec trépanation dont il a été atteint s'accompagne de troubles neuro-psychiques susceptibles dans certaines conditions d'entraver la conscience et le contrôle de ses actes et de diminuer ainsi sa responsabilité dans une forte mesure.

3° En attendant sa comparution devant le conseil de guerre, Jea... doit être hospitalisé à la section des détenus de l'hôpital militaire.

18 mai 1919.

M. le Dr Briand auquel nous avons demandé des renseignements sur cette question nous écrivit qu'il possédait un cas intéressant :

« Il s'agit d'un ancien militaire qui, avant un grave traumatisme avec perte de substance du crâne s'était toujours con-

duit très normalement et qui, depuis sa blessure mène une existence déplorable et, poussé par un camarade de rencontre, a commis un très important vol suivi de nombreuses escroqueries ».

Somme toute, deux cas de délinquance où le trépané n'a été qu'un complice, que son état mental particulier rendait facile à exploiter et dont ne se sont pas fait faute les auteurs principaux des vols.

Expertise médicale N° CCVIII

Concernant X... observé à la clinique neurologique le 8 juin et le 5 juillet 1921.

Objet des plaintes. — Absence avec perte de connaissance se produisant de temps à autre avec faiblesse et inaptitude à un travail intellectuel prolongé.

Histoire des troubles. — 1° Le 1^{er} octobre 1914, M. X. tombe sous un cheval, qui fut tué sous lui; perte de connaissance pendant quelques instants, écoulement sanguin de l'oreille droite; immédiatement après n'entend plus rien à droite; depuis entend mal de cette oreille.

8 jours après, paralysie faciale gauche. Comme suite de cet accident X. n'a gardé qu'une diminution considérable de l'ouïe à droite.

2° Le 7 mai 1917, blessure à la tête par éclat de grenade : perte de connaissance pendant 6 jours, complète; grosse perte de substance osseuse du front et de la substance cérébrale du lobe frontal; perte de l'œil gauche.

La plaie mit 35 mois à se fermer; à la suite il se sent remarquablement bien jusqu'en 1918.

En 1918, brusquement, sans aura préalable, perte de connaissance pendant 20 minutes. Au réveil ne se rendait pas compte de ce qui s'était passé.

Mêmes crises se passent, une seconde 3 mois après, a une troisième en octobre 1920; celle-ci dure une heure 1/2; une quatrième en novembre 1920 qui dure 5 minutes.

Après les crises, faiblesse générale; à part ce trouble rien de particulier.

Depuis sa blessure M. X. a gardé une perte absolue de l'odorat et du goût.

Le travail intellectuel le fatigue; la concentration de ses idées quelque peu prolongée lui provoque des tiraillements dans l'œil droit.

Etat actuel. — Grosse perte de substance à la racine du nez et sur le front, de la grandeur d'environ une pièce de 2 francs. Le fond est rempli par de la substance osseuse; la cicatrice est bien guérie, pas douloureuse à la palpation.

Œil gauche, artificiel.

Œil droit : mouvements aucunement limités dans tous les regards et bien exécutés.

Mystagmus dans les regards de latéralité surtout à droite.

Face : aucun signe objectif d'une paralysie faciale. Abolition complète du goût et de l'odorat.

Langue : bien tirée.

Oreille gauche : conduit externe un peu atrésié dans sa partie postérieure, la partie du tympan qui est visible est normale. *Ouïe* : normale

Oreille droite : conduit externe également atrésié, on aperçoit une partie du tympan qui est normale sans perforation. *Ouïe* : légèrement diminuée pour la voix chuchotée (4-5 mètres).

L'*examen labyrinthique* démontre une différence dans l'excitabilité expérimentale des deux labyrinthes, le *gauche étant moins excitable* que le droit à l'examen calorique de Barany.

L'*examen clinique* démontre en outre une *irritation* du labyrinthe gauche. (mystagmus, troubles de la statique). Cet appareil labyrinthique gauche est donc à la fois moins excitable par le froid au niveau de *ses origines* semi-circulaires, et le point de départ de phénomène d'irritation. Il y a probablement sur le trajet du nerf, dans le rocher par exemple, une lésion qui irrite et d'autre part conduit mal les excitations périphériques.

Aucun trouble pyramidal parétique ou excitatif.

Examen somatique sans particularité.

3° *Discussions.* — Au point de vue neurologique, M. X. souffre des suites des accidents (chute et blessures) subits en 1914 et en 1917 qui consistent en : 1° destruction partielle du lobe frontal et perte de substance osseuse; 2° irritation labyrinthique; 3° excitation du cortex

cérébral probable provoquant les absences et les pertes de connaissance survenant par crises. D'après les antécédents donnés par M. X. et d'après nos examens labyrinthiques surtout, nous pensons être en droit de conclure qu'il s'agit d'une fracture partielle du crâne (rocher).

M. X. est par le fait incapable de faire régulièrement un travail fatigant. Il a besoin de repos et de ménagement. La capacité de travail est diminuée pour les travaux qui demandent de la régularité. Il peut accomplir ceux qu'il peut faire à ses heures.

Nous pensons qu'une indemnité temporaire de 20 à 25 % serait adaptée à son déficit.

Depuis M. X. qui était officier a dû demander sa mise en congé. Les crises n'avaient pas augmenté de fréquence, mais son humeur était devenue mauvaise; son irritabilité très grande et la vie avec ses camarades était devenue impossible. Le pourcentage de son invalidité a été relevée.

M. X. s'employa alors dans une profession nécessitant de fréquentes libations et ajouta ainsi aux troubles sus-énoncés, un appoint alcoolique néfaste.

A l'heure actuelle : les crises ont plutôt augmenté de fréquence, l'irritabilité est très grande, les modifications de l'humeur et du caractère très marquées.

Dans toutes ces observations et rapports, nous voyons en somme, d'abord des gens qui, non trépanés ou plutôt non blessés de l'encéphale essayent de tirer parti d'une lésion problématique, puis des traumatisés véritables qui « usent et abusent » de leurs blessures ou des traumatisés chez lesquels la trépanation n'est qu'un épisode passager de leur vie délinquante, enfin des blessés qui, avec une certaine complaisance se laissent aller à leurs mauvais instincts, un peu augmentés du fait de leur blessure, peut-être, mais qu'ils ne prennent pas la peine de réprimer et chez lesquels on peut, à la rigueur, parler de responsabilité atténuée.

Par contre, l'obs. n° CCVIII montre que malgré des troubles subjectifs accusés, une irritabilité plus grande, une humeur plus touchée, le trépané, ancien officier, conserve sa faculté

de discerner le bien du mal, et sentant même qu'il ne peut plus servir avec tout le zèle désirable, préfère quitter l'armée. Sa vie privée n'est pas moralement irréprochable, mais elle l'est socialement.

C'est d'ailleurs le cas général. La délinquance est, fort heureusement, rare chez les trépanés. Quand un trépané commet par hasard un délit, les avocats, la famille, parfois des amis font du bruit autour de leur affaire. On en parle on allonge les chroniques des faits divers des journaux, on vante les services de guerre passés, on cherche à attirer la pitié et parfois, l'expert même se laisse convaincre. Il a un doute, léger, bien faible, mais tout de même... C'est un blessé de guerre... Si c'était vrai?... et la crainte exagérée de laisser punir un innocent fait souvent relâcher un coupable.

Les quelques observations et rapports qui précèdent sont tout ce que nous avons pu trouver aux sources sus-indiquées, dont quelques-unes, comme le centre de neuropsychiatrie de la XVIII^e région, l'Asile de Maréville, près Nancy, et la longue carrière de quelques-uns de ceux que nous avons nommés sont un gage suffisant d'importance. M. le Dr Delmas, de la Maison de Santé d'Ivry, auquel nous avons fait connaître nos conclusions en lui demandant son avis, nous a écrit une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

« Je n'ai jamais observé encore de délits en rapport avec un traumatisme cranien ayant nécessité une trépanation. Je suis convaincu au contraire de la tolérance remarquable du cerveau à l'égard de pertes de substances même considérables.. Je crois très fréquente l'erreur qui attribue aux lésions encéphaliques, des réactions diverses dues à une constitution psychopathique originelle ».

Il faut d'ailleurs distinguer entre les différents délits et par exemple : supposons un trépané, comptable ou trésorier, qui par des manœuvres compliquées et parfaitement raisonnées, fait un détournement de fonds et qui, à quelques temps de là, au cours d'une bousculade dans un tramway, envoie sans autre explication un coup de poing au voisin qui lui monte sur

les pieds ; si, dans le deuxième cas, on peut mettre son geste sur le compte de son irritabilité, accrue par la blessure, il est par contre impossible de le déclarer irresponsable du premier.

Ce dernier exemple de délinquance, en quelque sorte réflexe, qu'on s'attendrait à rencontrer fréquemment chez les blessés de la tête, est très rare. Nous n'en avons trouvé aucune observation, quoiqu'il soit fort probable qu'il en existe. Il semble que le trépané, irritable, impulsif, diminué dans sa faculté de contrôler rigoureusement ses actions, garde néanmoins une emprise assez grande sur lui-même pour distinguer ce qui est permis de ce qui ne l'est pas, et que, allant jusqu'au seuil de la délinquance, il ne le franchisse pas.

En résumé, en dehors des cas où les troubles psychopathiques accusés, en relation plus ou moins directe avec le traumatisme cranio-cérébral, mettent le trépané dans les conditions visées à l'article 64 du C. P. la délinquance est rare chez cette catégorie de blessés. Quand elle existe, on se trouve en présence :

a) d'individus qui essaient consciemment d'exploiter une blessure ;

b) d'individus délinquants d'habitudes et trépanés par le hasard des circonstances auxquels plus ou moins consciemment ils ont été mêlés ;

c) d'individus qui, sur un fond mental défectueux ont vu se développer des troubles à la faveur du traumatisme cranien.

d) enfin, d'individus normaux avant leur blessure, ou tout au moins paraissant tels, qui présentent des troubles psychiques élémentaires et qui deviennent ou des complices faciles ou de petits délinquants.

Dans les deux premières catégories la responsabilité est entière, dans la 3^e elle est fonction des troubles mentaux constitutionnels, dûment constatés par un examen neuropsychiatrique approfondi.

Pour la dernière catégorie, où seule la responsabilité atténuée peut être envisagée, on peut se demander si, comme pour certains débiles, il n'y a pas d'avantages, au point de vue social,

à leur laisser subir un châtement léger, qui leur serve de leçon et crée pour eux une raison de ne pas récidiver plutôt que d'assurer par avance l'excuse et l'impunité aux actes délictueux qu'ils pourraient commettre dans la suite. Nous n'hésitons pas à nous rallier à cette dernière opinion. On nous objectera que les blessés de guerre méritent de l'indulgence. Mais le médecin expert n'a pas à faire des considérations sentimentales; c'est affaire du juge et des jurés et non de l'expert et puis, et surtout, le médecin a le devoir impérieux de guérir quand il le peut, et d'ordonner le traitement quelque dure que soit moralement ou physiquement la thérapeutique qu'il emploie.

La thèse du trépané faible d'esprit n'est donc qu'un argument populaire, sans aucune valeur médico-légale. Chaque cas doit être envisagé séparément, et la question de la responsabilité atténuée doit être rejetée dans la plupart des cas.

CONCLUSIONS

I. Les blessures cranio-encéphalique peuvent laisser après elles :

a) des symptômes neurologiques et infectieux;

b) des symptômes neuro-psychiatriques diffus dont les plus fréquents sont habituellement les troubles de la série dite commotionnelle, alors que les troubles psychopathiques proprement dits en relation directe avec la blessure sont rares.

II. La délinquance chez le trépané est rare. En dehors de cas exceptionnels, la question de la responsabilité atténuée doit être rejetée. Pour des raisons diverses et dans la majorité des cas, le trépané qui ne répond pas directement aux conditions de l'article 64 du C. P. doit être déclaré complètement responsable. L'expert pour son examen, n'a pas à tenir compte de l'acte chirurgical de la trépanation en lui-même mais doit uniquement baser ses conclusions sur les symptômes neuro-psychiatriques qui l'accompagnent.

Vu :

Le Doyen,
D^r C. SIGALAS

Vu : bon à imprimer

Le Président,
D^r VERGER

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 21 Novembre 1922.
P. le Recteur de l'Académie,
Le Doyen délégué,
D^r C. SIGALAS.

Résumé des Observations

Les numéros correspondent à ceux des observations publiées.

Abréviations employées : H. P., hémiplegie ou hémiparésie; H. A., hémianesthésie; H. H., héli-hypoesthésie; T. S., troubles subjectifs; T. P., troubles psychiques; E. J., épilepsie jacksonnienne; E. G., épilepsie généralisée; bl., blessure; Fr., frontale; Pa., pariétale; Te., temporale; Oc., occipitale; F. T., fronto-temporale; F. P., fronto-pariétale; P. T., pariéto-temporale; O. T., occipito-temporale; O. P., occipito-pariétale; e. ob., éclat obus; e. gr., éclat grenade.

1. Bag. P.; bl. Fr, le 7-5 1917 : T. S., E. G., surdité, désorientation.
2. Fre. M.; bl. Pa., e. ob., 2-6-1918 : H. P., hémiatrophie, vertiges.
3. Maz. L.; bl. F. P., balle, 21-8-1918 : T. S., T. P., E. G. (perte d'un œil).
4. Mai. F.; bl. Pa., e. ob., 27-9-1915 : T. S., H. P., T. P., Aphasie, Tr. visuels.
5. Dab. J.; bl. par chute en 1915 : T. P., confusion mentale.
6. Cle. P.; bl. Pa., e. ob., 29-4-1917 : T. S., H. P., H. A.
7. Vil. P.; bl. Te., e. ob., 8-8-1918 : T. S.
8. Thi. L.; bl. Te., e. ob., 5-8-1918 : T. S., T. P., dysarthrie.
9. Cas. R.; bl. Fr., e. ob., 27-10-1918 : T. S., T. P.
10. San. M.; bl. Te., chute, 1-2-1919 : T. S., T. P., parésie faciale, surdité.
11. Hou. P.; bl. Fr., e. ob., 25-7-1915 : T. S. T. P.
12. Ver. A.; bl. Oc., e. ob., 15-8-1917 : T. S., T. P.

13. Gre. L.; bl. Pa., e. ob., 25-9-1918 : H. P., tr. trophiques.
14. Ram. J.; bl. Pa., e. ob., 6-9-1918 : T. S., T. P.
15. Hul. L.; bl. Te., reçue le 6-10-1918 : T. S., dysarthrie.
16. Cos. V.; bl. P. T., e. ob., août 1914 : T. S., E. G., H. P., dysarthrie
17. Mon. X.; bl. Fr., e. ob. : T. S., E. G., T. P., tremblement (transfixion).
18. Jea. F.; bl. en 1915 : Démence précoce (fait prisonnier).
19. Mig. M.; bl. O. T. en juin 1917 : T. P.
20. Abd. K.; bl. Te., e. ob., sept. 1917 : E. G., parésie faciale.
21. Cha. R.; bl. Pa., balle, 2-11-1915 : *Aucun trouble*.
22. Des. J.; bl. oc., reçue le 20-8-1917 : T. S., T. P.
23. Tur. J.; bl. F. P., e. ob., 24-5-1916 : T. S. T. P., strabisme.
24. Lac. J.; bl. Fr., e. ob., 17-4-1917 : T. S., T. P., désorientation.
25. Lig. P.; bl. Pa., e. ob., 22-7-1918 : T. S., E. J., dysarthrie.
26. Legr.; bl. par hélice d'avion, 27-10-1917 : T. S., dysarthrie.
27. Aug. M.; bl. Pa., e. ob., 6-10-1915 : T. P., démence.
28. Gou. P.; bl. Fr., train, en 1915 : *Aucun trouble*.
29. Duf. P.; bl. O. T., balle, 28-9-1918 : T. P., E. J., H. P., (transfixion).
30. Riv. E.; bl. par balle, 29-7-1915 : T. S., E. J., H. P. (transfixion).
31. Fey. O.; bl. Pa., auto., févr. 1919 : T. S., T. P., H. P.
32. Ber. G.; bl. Pa., e. ob., 17-8-1915 : T. P., E. J., H. P.
33. Lab. L.; bl. Te., e. gr., 20-12-1915 : T. S., exaltation cérébrale.
34. Mou. M.; bl. Pa., e. ob., 4-5-1918 : T. P., confusion (interné).
35. Bau. H.; bl. e. gr., 16-9-1918 : T. S., T. P.
36. Deb. E.; bl. P. F., balle; 3-11-1914 : T. S., T. P., E. G.
37. Ayc. J.; bl. Te., le 5-9-1915 : T. S.
38. Dup. P.; bl. P. T., e. ob., 7-6-1917 : T. S. H. P., H. A., Aphasie.
39. Lhu. J.; bl. par e. torp. en sept. 1918 : T. S., T. P.
40. Lou. J.; bl. Te., e. bo., 5-5-1917 : T. S. T. P., H. A., monoparésie
41. Jan. L.; bl. O. P. : T. S., monoparésie, ptosis.
42. Hil. L.; bl. Fr., balle, 22-11-1915 : T. S., T. P., hystérie (?)
43. Per. E.; bl. Pa : T. S., H. A., H. P., hémiatrophie.
44. Cas. C.; bl. Te., e. ob., 11-10-1917 : T. S., E. J.
45. Dal. B.; bl. P. T., balle, 25-9-1914 : T. S., T. P.
46. Mas. R.; bl. Fr. balle, 8-9-1914 : T. S., T. P.

47. Haz. J.; bl. Oc., shrap, 7-11-1914 : T. S., T. P.
48. Gir. T.; bl. Pa., e. ob., 12-7-1916 : T. S., Paraplégie.
49. Dur. L.; bl. Pa., e. ob., 3-11-1916 : T. P., E. J., H. P., hyperesthésie.
50. Loi. F.; bl. Te., train, sept. 1917 : T. S., E. G., avec équivalents.
51. Bos. J.; bl. Te., balle, 29-8-1914 : T. S., T. P., H. P., H. H., aphasie.
52. Def. F.; bl. Pa., e. ob., 2-11-1914 : T. S., H. A., pithiatisme (?)
53. Jol. A.; Trépanation mastoïdienne pour épilepsie comitiale .
Aucin T. S.
54. Dix. J.; bl. F. P., e. b., 18-7-1916 : T. S., E. J., tremblement
55. Huc. P.; bl. F. P., e. ob., 16-3-1916 : T. S., E. G.
56. Fou. J.; bl. Fr., balle, 5-4-1915 : T. S., E. J., H. H. (interné).
57. Pin. V.; bl. F. P., balle, 13-9-1914 : T. S., E. J., H. H., parésie faciale.
58. Bla. A.; bl. Fr., cheval en 1912 : T. S., déficit intellectuel.
59. Ste. L.; bl. Pa., e. ob., 19-12-1915 : retourne au front, est commotionné : T. S., anesthésie, paraplégie.
60. Mel. L.; bl. Pa., e. ob., 8-5-1916 : T. S., paralysie IV^e paire, diplopie, anesthésie, dysmétrie, dysarthrie.
61. All. A.; bl. Te., torp., 15-1-1917 : T. S., T. P., E. J.
62. Cal. V.; bl. Fr., e. ob., 31-8-1914 : T. S., T. P., E. G.
63. Mig. G.; bl. Fr., e. ob., 25-9-1915 : T. S., névralgie susorbitaire.
64. Pap. A.; bl. Fr., explosion, 11-5-1916 : H. P., H. H., amyotrophie
65. Laf. H.; bl. F. P., e. ob., 22-8-1914 : T. S., E. J., H. P.
66. Blo. A.; bl. Pa., e. ob., 4-9-1916 : T. S., T. P., anesthésie.
67. Rou. P.; bl. Pa., e. ob., 20-3-1915 : T. S., H. P., H. A., éthylisme
68. Det. H.; bl. Oc., e. gr., 9-5-1915 : T. S., E. G., H. P., comm. cérébelleuse.
69. And. J.; bl. F. T., e. ob., 1-11-1917 : T. P., E. J., débilité mentale.
70. Bet. G.; bl. Oc., balle, 25-9-1915 : T. S., E. J., secousses cloniques
71. Cur. A.; bl., balle, 2-9-1914 : T. S., troubles visuels.
72. Gel. E.; prisonnier, interné pour tr. mentaux.
73. Thi. E.; bl. Oc., e. gr., 22-10-1918 : vertiges, neurasthénie, dysarthrie.

74. Rev. J.; bl. Fr., balle, 21-9-1915 : T. S.
75. Poc. G.; bl. Pa., e. ob., juil. 1916 : T. S. H. P.
76. Lab. J.; bl. Te., e. ob., 9-10-1915 : T. S., T. P., excitation confusionnelle.
77. Cap. J.; bl. Pa, balle, 14-4-1917 : T. S., E. J., H. E.
78. Ber. A.; bl. Te., e. ob., 6-4-1917 : T. S., T. P.
79. Sir. F.; bl. Pa., balle, 25-9-1915 : T. S., T. P., E. J., monoparésie.
80. Tho. L., bl. Pa., e. ob., 18-7-1918 : T. S., E. J., monoparésie, p. faciale.
81. Aba. P.; bl. Pa., e. ob., 16-4-1917 : T. S., H. P., H. H., dysarthrie.
82. Tat. F.; bl. Te., e. ob., 29-3-1918 : T. S., T. P., E. J., H. P., H. A.
83. Vid. E.; bl. O. P., e. ob., 19-8-1918 : T. S., T. P., dysarthrie.
84. Roc. J.; bl. P. T., balle, juin 1915 : T. S., T. P., E. J., H. P., H. A.
85. Reg. X.; bl. Oc., e. ob., octo. 1915 : T. S., E. J., H. P.
86. Poi. D. bl. O. P., balle, mars 1915 : T. S., T. P., E. G., H. P., H. E.
87. Rob. L.; bl. Te., e. ob., 19-7-1917 : T. S.
88. Dem. G.; F. P., e. ob., 14-5-1915 : T. S., T. P.
89. Men. X.; bl. F. P., e. ob., 12-2-1916 : T. S.
90. Mar. J.; bl. O. P., chute, en 1903 : T. S.
91. Lec. H. bl. Pa., e. ob., 27-6-1916 : T. S.
92. Lou. P.; bl. O. P., e. ob., 21-6-1915 : T. P., E. G.
93. Ser. J.; bl. P. T., chute, 7-7-1918 : T. S., neurasthénie traumatique.
94. Lab. J.; bl. Pa., e. ob., 24-7-1916 : T. S., E. J.
95. Gir. F.; bl. Pa., e. ob., 22-9-1914 : T. S., T. P.
96. Bil. P. Acc. de tram, août 1918 : T. S., T. P., E. G.
97. Mer. J.; bl. Fr., cheval, 7-11-1920 : T. S.
98. Mac. F.; bl. Pa., e. ob., 18-9-1915 : H. P., E. J., dysarthrie
99. Dul. J.; bl. Oc. en 1918 : T. S., Psychasténie, confusion mentale!
100. Tou. G.; bl. P. T., cheval, déc. 1914 : T. S., T. P., E. J.
101. Laf. J.; bl. Pa., e. ob., 10-6-1916 : T. S., E. G., H. E., paraplégie.
102. Cro. A.; bl. Fr., e. ob., 29-6-1915 : T. S., T. P.
103. Mon. T.; bl. F. P., e. ob., 18-4-1917 : T. S., T. P., H. A.
104. Del. F.; bl. Oc., e. ob., sept. 1916 : T. S., T. P., troubles visuels

105. Arh. D.; bl. Pa., e. ob., en 1917 : T. S.
106. Sol. E.; bl. Pa., e. ob., 10-8-1917 : T. S., T. P., E. G.
107. Cou. J.; bl. F. P., e. ob., 16-3-1916 : T. S., T. P., E. G., H. P.
108. Lal. L.; bl. O. T., balle, 5-16-1918 : T. S., T. P., aphasie.
109. Gai. H.; bl. Pa., en septemb. 1918 : T. S., confusion mentale.
110. Cou. M.; bl. F. T., e. ob., 27-11-1916 : T. S., Tr. visuels.
111. Sia. F.; bl. Pa., balle, 15-9-1914 : T. S., E. J., H. P., H.
amyotrophie.
112. Pet. M.; bl. F. P., balle, en 1916 : T. S., E. G., H. P., H. A.
113. Que. C.; bl. Fr., balle, mars 1915 : T. S., T. P., E. G., dysarthrie
désorient.
114. Tis. R.; bl. Pa., balle, 3-11-1914 : T. S., E. J., H. P.
115. Pru. G.; bl. Pa., e. ob., 3-5-1916 : T. S., impulsions, Tr. auditifs.
116. Rou. M.; bl. Te., balle, mai 1915 : T. S., T. P., E. G., (abcès du
cerveau).
117. Cas. P.; bl. par chute en 1914 : T. S.
118. Tro. C.; bl. Fr., e. ob., 25-9-1915 : T. S., E. G., désorientation.
119. Tre. F.; bl. Fr. e. ob., 20-12-1914 : T. S., T. P., désorientation
120. Reb. G.; bl. Te., e. ob., 5-1-1917 : T. S., Tr. visuels. E. J.
121. Gui. P.; bl. par coup de pied de cheval en 1900 : T. S., Tr. mentaux
122. Juq. L.; bl. Pa., e. tor., 25-6-1917 : T. S., H. P.
123. Mor. P.; bl. O. P., e. ob., févr. 1915 : T. S., T. P., Tr. auditifs,
Tr. mentaux.
124. Tem. R.; bl. par chute en 1909 : T. S.
125. Mat. F.; bl. O. P., balle, 20-7-1916 : T. S., E. G.
126. Mad. E.; bl. Pa., e. ob., en 1917 : T. S., T. P., E. G. H. P.
127. Sav. L.; bl. F. P., e. ob., 6-11-1917 : T. S.
128. Riv. M.; bl. Oc., e. ob., juil. 1916 : T. S.
129. Ber. J.; bl. Oc., e. ob., 25-8-1915 : E. G.
130. Lan. P.; bl. O. P., e. ob., 4-6-1918 : T. S.
131. Bic. M.; bl. F. P., balle, 18-7-1918 : T. S., T. P., E. J., H. P.
(Plaie transfixiante).
132. Pro. A.; bl. Pa., balle, sept. 1914 : T. P., E. G., triplégie, amyotrophie.
133. Deb. P.; bl. reçue le 7-9-1916 : T. S., T. P., E. G., aphasie.
134. Beg. A.; bl. Pa., e. ob., mai 1916 : T. S., E. G., H. P.

135. Ser. G.; bl. Fr., train, juin 1919 : T. S., E. G.
136. Etc. B.; bl. Fr., balle, 30-9-1918 : T. S., T. P., E. G.
137. Gen. P.; bl. Pa. e. ob., 17-6-1916 : T. S., E. J., H. P., H. H.
138. Del. C.; bl. Te. e. ob., 7-8-1916 : T. S.
139. Ped. M.; bl. F. P., e. ob., 1-11-1918 : T. S., T. P., E-J., H. P.
dysarthrie.
140. Len. F.; bl. par balle région Fr : T. S., T. P., E. G., H. P., H. A.
plaie transfixiante.
141. Von. A.; bl. Fr., e. ob., 21-9-1916 : Syndrome adipo-génital.
142. Ple. J.; bl. Pa., e. ob., 6-5-1916 : T. S., T. P., E. G., H. P.
143. Yr. Pi. ; bl. Pa., balle, 23-8-1917 : T. S., E. G., H. P., H. H.,
amyotrophie.
144. Gro. V.; bl. F. P., shrapnell en 1914.
et bl. Fr., e. ob., en 1917 : T. S., T. P., E. G.
145. Cha. F.; bl. Te., e. ob., sept. 1914 : T. S., Tr. labyrinthiques
146. Bro. J.; bl. F. P., e. ob., en 1916 : T. S., H. P.
147. Eli. P.; bl. F. P., e. ob., en 1918 : T. S., E. G., H. P.
148. Sar. F.; bl. Fr., obus, en 1914 : T. S., T. P., E. G., H. P.
149. Ric. P.; bl. Fr., e. ob., octo. 1917 : E. J., H. P., H. A.
150. Lob. A.; bl. Te., e. ob., 9-4-1917 : T. S.
151. Mou. J.; bl. F. P., e. ob., mai 1918 : T. S., T. P., E. J., astéréo-
gnosie, Aphasie, désorientation.
200. Sur. H.; bl. Oc., e. ob sept. 1915 : T. S., T. P., tentatives de
suicide.
201. Mel. R.; bl. Pa. chute, 13-5-1918 : E. J., hémicontracture.
202. Gir. J.; bl. Pa balle, 15-9-1914 : T. S., E. G., H. P.
- 203.
204. Lob. N.; bl. Te., balle, en 1898 : E. G.
205. Ber. J.; bl. par accident de ch. de fer en 1899 : T. S. légers
(mort en 1918).
206. God. R.; bl. Fr., e. ob., 8-3-1918 : T. S.
207. Poi. L.; bl. de guerre : E. G., Démence (interné).
208. S... X.; bl. Fr., e. gr., 7-5-1917 : T. S., T. P., E. G.
209. S...; bl. Te., en 1899, par balle : T. S. (délinquant).
-

BIBLIOGRAPHIE

Il n'est fait allusion ici, vu l'extension que demanderait la publication des ouvrages consultés, qu'à ceux qui concernent :

« Les troubles subjectifs des trépanés ».

Abundo (G. d'). — Considérations cliniques sur les traumatismes de guerre de la tête. (*Revista Italiana di Neurop., psych. ed. elett.*, décembre 1917, p. 357).

Aimé (H.). — Ataxie labyrinthique d'origine commotionnelle. (*Rev. Neurol.*, 1916, II, p. 365).

— De la variété et de l'évolution des troubles nerveux et psych. d'origine commotionnelle pendant la guerre. (*Presse Méd.*, 22 févr. 1917, p. 113).

Albouker (H.). — Traitement de certaines formes du vertige de Ménière par la trépanation décompressive. (*Rev. Neurol.*, 1919, p. 492).

André Thomas. — L'aptitude des trépanés au Serv. militaire et au travail. (*Paris, Méd.*, 7 oct., 1916, p. 306).

Auvray. — Maladies du crâne et de l'encéphale (*Nouv. traité de chir. de Le Dentu et Delbet*, t. XIII).

Babinski. — Du vertige voltaïque dans les aff. de l'app. vestibulaire. (*Soc. de Neurologie*, 1^{er} juin 1911).

— Sur la valeur séméiologique des perturbations dans le vertige voltaïque. (*Soc. de Neurol.*, 15 mai 1902).

Babonneix et Brissot. — Cinq cas d'affection mentale d'origine traumatique. (*Rev. Neurol.*, 1918, p. 316).

- Babonneix et David.** -- Traumatismes cérébraux et syphilis. (*Rev. Neurol.*, 1917, 1, p. 277).
- Barbé.** — Troubles subjectifs et mentaux consécutifs aux traumatismes du crâne. (*Rev. Neurol.*, 1917, p. 406).
- Bénisti (Mme A.).** — Lésion de la zone rolandique par blessure de guerre. (*Thèse*, Paris, 1918).
- Benon (R.).** — Traité clinique et méd. légal des tr. psychiques et névrosiques post-traumatiques.
- La céphalée traumatique. (*Presse Méd.*, 20 mars 1919).
- Benon et Luneau.** — Psychose de guerre et considération medico-légales.
- Bergé (M.).** — Les trépanés de la guerre et leur indemnisation d'après la loi des pensions. (*Th.* Lyon, 1921).
- Bloch (A.).** — Altérations des fonctions des app. auditif et vestibulaire dans les traumatismes de guerre. Paris 1917.
- Borsari (G.).** — Lésions psychiques dans un cas de traum. des lobes frontaux. (*Il policlinico (S. P.)*, 6 sept. 1914, p. 1281).
- Bouttier (H.).** — C. à l'étude Neurophysiologique des traum. cérébr. récents. (*Th.* Paris, 1918).
- Cadenas.** — Le pronostic des fract. du crâne par projectiles. (*Paris Méd.*, 23 oct. 1915, p. 437).
- Camus et Nepper.** — Réactions psycho-motrices et émotives des trépanés. (*Paris Méd.*, 3 juin 1916, p. 505).
- Cantonnet (A.).** — La stase papillaire chez les blessés du crâne. (*Paris Méd.*, 6 octobre 1917, p. 286).
- Carnot et de Kerdrel.** — Crises d'hypothermie comme équivalent épileptique chez un trépané. (*Paris Méd.*, 12 mai 1917, p. 395).
- Carrière.** — Le syndrome clinique des trépanés. (*Rev. Neurol.* 1918 p. 239).
- Cazzamalli.** — Traumatismes crâniens et troubles psychiques. (*Annali di neuroglia*, 1919, p. 25).
- Cestan, Descomps, Euzière et Sauvage.** — La marche sous le courant galvanique chez les commotionnés et blessés du crâne. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 9 nov. 1916, p. 1730).
- Sur une nouvelle méthode d'exploration du sens de l'orientation et de l'équilibre chez les blessés du crâne. La sensibilité à

l'épreuve de Babinski Weil. (*Bull. et Mém. de Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 28 juillet 1916, p. 1381).

- Le syndrome « chute en statue ». Modalité particulière du déséquilibre statique chez les commotionnés et blessés du crâne. (*Rev. Neurol.* 1918, I., p. 501).

Cestan, Descomps et Sauvage. — Valeur diagnostique dans les perturbations labyrinthiques de l'épreuve Babinski Weil. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 18 mai 1916, p. 637).

- Notes sur un procédé clinique nouveau pour mettre en évidence les perturbations de l'équil. et de l'orient. chez les blessés du crâne. (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, 4 juillet 1916, p. 12).

Chatelain et de Martel. — Blessures du crâne et du cerveau. Masson, 1917.

Chiaserini. — Blessures par armes à feu du crâne et du cerveau (*Il policlinico (S. C.)*, 15 mai 1917, p. 348).

Claude et Lhermitte. — La glycosurie dans les lésions traum. du cerveau. (*Bull. et Mém. de Soc. des Hôp. de Paris*, 26 mai 1916, p. 789).

Conclusions de la réunion de soc. de neurol. du 20 mars 1918 au sujet des blessures du crâne.

Cornet. — Syndrome labyrinthique consécutif aux traum. du crâne. (*Th. Paris*, 1915).

Cornil. — Le liquide céphalo-rachidien dans le syndrome subj. des blessés du crâne. (*Presse Méd.*, 1919, n° 22).

Cruchet, Calmette et Bertrand. — Fracture du crâne méconnue; commotion cérébrale crise d'hystéro-épilepsie avec état obsédant, trépanation tardive, guérison. (*Rev. Neurol.*, 1917, I., p. 511)

Dantrellé. — Quelques cas de stase papillaire consécutive à des bless. de g. (*Arch. d'ophthalmo.* mai juin 1916, p. 177).

Derache. — Note sur le devenir des trépanés. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 3 oct. 1917, p. 1754).

Dubois et Hanus. — Le traitement par la ponction lombaire des tr. subj. des bless. du crâne. (*Presse Méd.*, 22 mai 1919, p. 283).

- Tr. du vertige voltaïque dans les traum. craniens. (*Presse Méd.* 27 janvier 1919, p. 40).

Dubois (R.). — Symptômes tardifs des bless. du crâne, (*Th. de Paris* 1918).

- Dupré.** — Rapp. sur les réf. incap. gratif. dans les états psychopath. de guerre.
- Duret.** — Traum. cérébraux. Paris, 1878.
- Traum. cranio-cérébr., Alcan, 1919.
- Commotions graves, mortelles, sans lésions commot. pures et lés. cérébr. étendues sans commot. dans les traum. cranio-cérébré. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 889).
- Dragotti.** — Les tr. nerv. consécutifs aux traum. encéphaliques. (*Il policlinico (S. P.)*, 27 janv. 1918, p. 87).
- Foix.** — *Rev. Neur.*, 1916, I. p. 827.
- Fossataro.** — Conséquences éloignées des traum. de la tête. (*Il policlinico (S. P.)*, 25 mai 1919, p. 644).
- Francais et Bessière.** — Les séquelles psychiques des blessés du crâne et des commot. (*Rev. Neur.*, 1918, I. p. 305).
- Fresson.** — Résultat éloigné de 22 trép. (*Rev. Neurol.*, 1915, II, p. 965).
- Grasset.** — Les sympt. atopiques à développement tardif dans les traum. cranio-céréb. (*Montpellier Médical*, t. XXXIX, p. 19).
- Grasset et Villaret.** — Pronostic tardif des traum. cranio-cérébr. (*Rev. Neurol.*, 1916, I. p. 833).
- Grivot et Rigaud.** — Nouv. méth. d'exam. de l'app. vestibulaire. (*Paris, Méd.*, 4 nov. 1916, p. 398).
- Laignel et Lavastine.** — Trav. du C. N. de la IX^e reg. (*Rev. Neurol.*, 1915, II., p. 1165).
- Larrey.** — Clinique chir. exercée particulièrement dans les camps et les hôp. milit. de 1792 à 1836. Baillière, 1836.
- Latouche.** — Cont. à l'Et. de la T. A. chez les anciens traum. cranio-cérébr. (*Th. de Paris*, 1920-21).
- Lecene, Mestrezat et Bouttier.** — Valeur diag. et pron. du liq. C. R. dans les traum. du crâne. (*Soc. de Biol.*, 8 juin 1918).
- Lépine.** — (*Rev. Neurol.*, déc. 1916, p. 799).
- Leriche.** — Sur la céphalée, l'hypotension chez les anciens trépanés (*Lyon Méd.*, 10 janv. 1920, p. 40).
- Léri.** — (*Rev. Neurol.*, 1916, II, p. 736).
- Logre et Bouttier.** — Les tr. artériels et vaso-mot. dans les comm. et les bless. cérébro-médullaires. (*Rev. Neurol.*, 1918, I. p. 93).

- La T. A. dans les commot. et les bless. cérébro-médullaires. (*Rev. Neurol.*, 1917, II, p. 300).
- Lortat, Jacob et Convers.** — Valeur séméiolog. et pron. de la régul. Therm. chez les anc. traum. de l'encéphale. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 24 nov. 1916, p. 1963).
- Lortat, Jacob, Oppenheim et Tournay.** — (*Rev. Neurol.*, 1916, II., p. 686).
- Mac Auliffe.** — Evol. de l'état commot. des bless. du crâne. Trépanés (*Paris, Méd.*, 24 nov. 1917, p. 421).
- Mairet et Pierron.** — De l'existence d'un syndrome commotionnel dans les traum. de la guerre. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 15 et 22 juin 1915).
- Différenciation des sympt. commot. et sympt. atopiques dans les traum. cranio-cérébr. (*Montpellier Méd.*, an XXXIX, n° 6).
- Les séquelles subj. des traum. cranio-cérébr. (*Presse Méd.*, 1918 p. 520).
- Marie (P.).** — (*Rev. Neurol.*, 1916, I, p. 453).
- Mignard.** — Syndr. psych. atop. chez les bless. cranio-cérébr. (*Rev. Neurol.*, 1916, II, p. 329).
- Syndr. psych. atop. (*Annales Médico-psychol.*, mars 1918, p. 241).
- Moure.** — Sur un nouv. mode d'exam. du labyrinthe vestibulaire. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 11 av. 1916, p. 413).
- Moutier.** — Rech. sur les tr. labyr. chez les commot. et les bless. du crâne. (*Rev. Neurol.*, 1916, II, p. 9).
- Oppenheim.** — Le pouls, la T. A. et le refl. oculo-cardiaque dans les traum. craniens. (*Prog. Méd.*, 17 fév. 1917).
- Pitres et Marchand.** — Les séquelles subj. du syndr. commot. chez les bl. cranio-cérébr. (*Presse Méd.*, 16 mai 1918, p. 253).
- Piqué (R.). et Lacaze.** — Les suites éloignées des bless. du crâne. (*Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1921, I, p. 565).
- Porot et Hesnard.** — Psychiatrie de guerre, Alcan, 1919.
- Randall et Jones.** — The ear-test of Barany in locat. cerebel. and other enceph. lésions. (*Amer. Journ. of the Med. soc.*, p. 515, av. 1916).
- Roussy et Lhermitte.** — in traité de Patho. de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, t. VI.
- Sainton.** — Le refl. oculo-card. et les tr. subj. des trép. (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 26 déc. 1916, p. 583).

Sicard. — Accidents tardifs des bless. du crâne. (*Rev. Neurol.*, 1916, I, p. 838).

Sicar, Rimbaud et Roger. — Variations du liq. C. R. à trav. les brèches craniennes. (*Réun. Méd. Chir. de la XV^e rég.*, 24 mai 1917).

Souques. — Aréflexie tendineuse gén. (*Rev. Neurol.*, 1907, I, p. 33 et *bull. de l'Acad. de Méd.*, 5 mars 1918, p. 194).

Travaux du Serv. Neurol. Milit. de la Salpêtrière. (*Rev. Neurol.*, 1916, II, p. 616).

Volotère. — Le refl. oculo-card. chez les trép. (*Th. Montpellier*, 1917).

Veraguth et Brunschweiler. — Le phénomène psycho-galvanique (recherches). (*Revue Neurol.* 1918, II, p. 151).

Villaret. — La stéréognosie. (*Paris Méd.*, 11 mars 1916.)

— Les séquelles nerv. des traum. cranio-céréb. (*Acad. de Méd.*, 11 août 1916).

— L'avenir des traum. cranio-cereb. (*Soc. de Neurol.*, 5 mai 1916).

Villaret et Faure-Baulieu. — Contrib. à l'ét. des séqu. des traum. cranio-céréb. (*Presse Méd.*, 1919, nos 24 et 26).

— Les syndr. atop. des traum. cranio céréb. (*Soc. de Biolog.*, 26 oct. 1918).

— La régul. therm. des anciens trép. (*Soc. de Biolog.*, 25 mai 1918, p. 515).

— Le champ visuel et ses var. (*Soc. de Biol.*, 9 nov., 1918, p. 942).

Villaret et Mignard. — Le syndr. résiduel psych. des traum. cranio-cérébr. (*Paris Méd.*, 2 sept. 1916, p. 209).

Verger (H.). — Les invalidités conséc. aux traum. du crâne. (*Journ. de Méd. de Bx*, 25 janvier 1920).

Weil, Vincent et Barré. — Le vertige voltaïque. (*Arch. d'électr. Méd.*, 25 juin 1921).

Zimmern. — Vertige voltaïque anormal. (*Rev. Neurol.*, 1917 I, p. 232)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
A) But de la thèse	7
B) Historique	9

PREMIERE PARTIE

LE SYNDROME CLINIQUE DES TREPANES ANCIENS	15
CHAPITRE PREMIER. — Les symptômes neurologiques localisés	16
<i>Complications infectieuses</i>	16
<i>Troubles moteurs : Hémiplésies</i>	17
Paraplésies	18
Monoplésies, triplégie, paralysies, parcellaires	19
Hémiplégie cérébelleuse	20
Syndrome pseudo-bulbaire	21
Syndrome de Weber	21
Tremblements	21
Nerfs craniens	22
<i>Troubles sensitifs : Hémianesthésies et hémihypoesthésies</i>	23
Syndrome sensitif cortical	24
<i>Syndromes sensitivo-moteurs : S. thalamique</i>	25
Epilepsie	25
<i>Les aphasies</i>	29
<i>L'apraxie</i>	31
<i>Les agnosies</i>	32
<i>Troubles visuels</i>	33

<i>Troubles auditifs</i>	34
<i>Troubles trophiques</i>	35
CHAPITRE II. — Symptômes neuro-psychiatriques diffus	36
A) <i>Le syndrome subjectif des trépanés</i>	36
B) <i>Syndromes névropathiques chez les trépanés</i>	78
I. Neurasthénie traumatique	78
II. Hystérie traumatique	78
C) <i>Troubles psychiques élémentaires</i>	81
D) <i>Troubles psycho-pathiques proprement dits</i>	87
I. Troubles psychopathiques accidentels	92
1° Troubles psychopathiques, accidents transitoires ou curables	92
a) Troubles psychopathiques d'origine traumati- que vraie : la confusion mentale traumatique ...	92
b) Troubles psychopathiques accidentels appa- remment traumatiques. Délire et hallucinose ..	97
2° Troubles psychopathiques accidents démentiels	98
a) La démence traumatique	98
b) Pseudo P. G. traumatique	104
II. Troubles psychopathiques constitutionnels	104
Alcoolisme, Syphilis	105
Démence précoce	107

DEUXIÈME PARTIE

LA RESPONSABILITÉ DU TRÉPANÉ	109
A) <i>La responsabilité civile</i>	109
B) <i>La responsabilité pénale</i>	111
CONCLUSIONS	145
Résumé des observations	146
